

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO IDOSO E À SUA  
FAMÍLIA: DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO**

**MAIRA BEATRIZ KAMKE**  
**MELISSA ORLANDI HONÓRIO**  
**SCHEILA BIANCHI MARQUES**

**Florianópolis, fevereiro de 2002**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO IDOSO E À SUA FAMÍLIA: DO  
HOSPITAL AO DOMICÍLIO**

**Relatório final da Prática  
Assistencial apresentado à  
disciplina de Enfermagem  
Assistencial Aplicada da VIII  
unidade curricular do Curso de  
Graduação em Enfermagem.**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0297  
Autor: Kamke, Maira Beatr  
Título: Assistência humanizada ao idoso  
972492986 Ac. 241486  
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**ACADÊMICAS**  
**MAIRA BEATRIZ KAMKE**  
**MELISSA ORLANDI HONÓRIO**  
**SCHEILA BIANCHI MARQUES**

**ORIENTADORA**  
**Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves**

**SUPERVISORAS**  
**Bernadete Kreutz Erdtmann**  
**Maria Gliolanda de Oliveira Lima**

CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0297  
Ex.1

**Florianópolis, fevereiro de 2002**

# **ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO IDOSO E À SUA FAMÍLIA: DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO**

**MAIRA BEATRIZ KAMKE  
MELISSA ORLANDI HONÓRIO  
SCHEILA BIANCHI MARQUES**

Apresentam o relatório final

Banca examinadora:

**Professora Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Orientadora**

**Enfermeira Bernadete Kreutz Erdtmann - Supervisora**

**Enfermeira Maria Gliolanda de Oliveira Lima - Supervisora**

**Professora Dra. Ângela Maria Alvarez**

## **DEDICATÓRIA**

*Aos idosos, personagens  
de histórias reais, heróis de  
batalhas pessoais, aprendizes  
de seu tempo, exemplos,  
mestres...*



## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS, por ter estado presente em todos os momentos de nossas vidas.

AOS PAIS, por todo amor e apoio, permitindo que conquistássemos mais uma etapa.

AOS IRMÃOS, pela força e incentivo.

À ORIENTADORA, Lúcia Hisako Takase Gonçalves, pela dedicação e empenho.

À MARIA e BERNARDETE, mais do que supervisoras, inspirações para a nossa carreira.

AOS SERVIDORES da Clínica Médica – II/HU pela paciência e disponibilidade de ajudar.

À ANGELA, por ter aceitado fazer parte dessa banca.

AOS AMIGOS, pelos momentos inesquecíveis compartilhados.

AOS QUE AMAMOS, que de alguma forma sempre se fizeram presentes.

E finalmente, aos SÁBIOS, os nossos deuses-humanos, os idosos, que foram verdadeiros mestres em nossas vidas.

## **EPÍGRAFE**

***“Desejo que você, sendo  
jovem não amadureça depressa demais e,  
sendo maduro, não insista em  
rejuvenescer, e que sendo velho, não se  
dedique ao desespero. Porque cada idade  
tem o seu prazer e a sua dor e é preciso  
que eles escorram entre nós.”***

**Victor Hugo (1802 – 1885)**

## RESUMO

O trabalho a seguir trata do relato final de uma proposta de prática assistencial, desenvolvida durante a VIII unidade curricular do curso de graduação em Enfermagem da UFSC. O mesmo realizou-se na unidade de Clínica Médica-II do Hospital Universitário, tendo como objetivo principal a prestação do cuidado humanizado ao idoso e sua família, guiado pelo referencial teórico de Horta, Paterson e Zderad. A teoria de Horta refere-se às necessidades humanas básicas e a de Paterson e Zderad à enfermagem humanística. Foram acompanhados seis clientes idosos e suas famílias, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliário, no qual foi aplicado o processo de enfermagem adaptado segundo o referencial teórico adotado. Durante a prática assistencial buscou-se pelo auto-conhecimento e o desenvolvimento do saber científico, para que se pudesse estabelecer uma relação empática, favorecendo o bem-estar e estar melhor do ser-idoso e sua família, através do cuidado humanizado atendendo às necessidades humanas básicas destes. Ao final deste trabalho, as acadêmicas consideraram que foi possível vivenciar uma experiência autêntica, em que se estabeleceu uma relação empática, uma interação cliente idoso/familiar cuidador–enfermagem favorecendo o cuidado humanizado durante o processo de envelhecer humano.

**Palavras-chave:** idoso, cuidados de enfermagem.

## **ABSTRACT**

### **HUMANIZED ASSISTING OF ELDER PEOPLE AND THEIR FAMILY: FROM THE HOSPITAL TO HOME**

The following paperwork deals with the final report of an assisting work proposal developed during the VIII curricular unity of the Nursing Graduation Course of UFSC. It took place in the unity of the Medical Clinic II of the University Hospital and it aimed to take humanized care of elder people and their family, guided by the theoretical referential of Horta, and Paterson and Zderad. Horta's theory refers to basic human needs while Paterson and Zderad's theory refers to humanistic nursing. Six elder patients and their families were seen, not only in the hospital, but also at home, where it was applied the nursing process adapted according to the theoretical referential used. During the assisting work, the search for self-knowledge and the development of the scientific knowledge were present in order to establish a friendly relationship and, therefore, improving the well being of the elderly and their family through humanized care, attending to their basic human needs. At the end of this work, the students consider that it was possible to live an authentic experience in which a friendly relationship and the interaction between the elder patient/relative in charge of care - nursing were established, helping with the humanized care during the human aging process.

**Key-words:** elder people, nursing care.

## SUMÁRIO

1 Introdução.....	10
2 Objetivos.....	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3 Referencial teórico.....	15
3.1 Biografia das autoras.....	15
3.2 Pressupostos.....	16
3.3 Conceitos.....	17
4 Revisão de literatura.....	22
4.1 Teorias sobre o envelhecimento.....	22
4.2 Política nacional do idoso.....	24
4.3 A interdisciplinaridade na gerontologia.....	26
4.4 A enfermagem geronto-geriátrica.....	27
4.5 Enfermagem domiciliária.....	28
4.6 Problemas que afetam a população idosa.....	28
5 Metodologia.....	53
6 Apresentação, discussão e avaliação dos resultados.....	58
6.1 Aplicação do processo de enfermagem.....	58
6.2 Realização dos objetivos e sua avaliação.....	60
7 Considerações finais.....	95
8 Referências Bibliográficas.....	97
9 Anexos.....	100

## 1 INTRODUÇÃO

É notável que a partir da década de 50 a população de idosos das regiões mais desenvolvidas e menos desenvolvidas vem crescendo de acordo com cada padrão correspondente aos países. Segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>1</sup> realizadas em 1991, entre 1950 e 2025, a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes contra 5 vezes da população total, colocando o país em termos absolutos com a sexta população de idosos do mundo, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. As projeções estatísticas demonstram que a proporção de idosos no país passará de 7,3% em 1991 (11 milhões) para cerca de 15% em 2025. No Brasil, há redução do número de pessoas na faixa etária de zero a quatorze anos; aumento na faixa etária de quinze a cinquenta e nove anos e um acelerado incremento na faixa etária de sessenta anos e mais. Para que isso ocorresse houve a contribuição de diversos fatores. A maior influência foi provavelmente exercida pelas melhoras na higiene e na saúde pública ocorridas no último século. Isso reduziu o número de mortes causadas por doenças infecciosas comuns como a cólera, tuberculose, febre tifóide e difteria. Além disso, o advento de antibióticos e vacinas foi uma arma poderosa na batalha contra as doenças infecciosas, permitindo-nos evitar muitas situações que antes debilitavam e encurtavam a vida. Houve também pequenos aumentos adicionais na expectativa de vida proporcionados pelos avanços no tratamento das doenças cardíacas, dos acidentes vasculares cerebrais e do câncer, a maioria influenciando sobretudo nas pessoas com 75 anos ou mais, o que torna esse grupo etário um dos segmentos da população que cresce mais rapidamente.

Mas com o aumento da longevidade é importante estarmos preparados para atender as necessidades desta população, pois não há dúvidas de que o fenômeno terá profundo

---

<sup>1</sup> Dados coletados do Ministério da Saúde- [www.saude.gov.br/programas/idoso/programas.htm](http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programas.htm), 1999.

impacto social em quase todas as nações. Neste sentido devemos agir para que os custos médicos e sociais do envelhecimento de nossa população não se tornem insuportáveis.

O perfil da morbimortalidade da população idosa, com o predomínio das polipatologias crônico-degenerativas, exige uma intervenção multidisciplinar, promovendo total assistência através de profundas visões e conhecimentos múltiplos integrados. Assim sendo, a equipe de saúde tem como grande tarefa assistir este idoso em sua totalidade, juntamente com a família. O trabalho na prevenção e educação acerca das doenças que acometem a terceira idade é fundamental, bem como também a realização de um trabalho em equipe: a interação entre os profissionais da saúde, o cliente idoso, e a família. Integrar o familiar no cuidado do idoso considerando o seu convívio no ambiente domiciliário significa uma alternativa de enfrentamento do sistema de saúde. O cuidado domiciliário vem possuindo maior espaço e, segundo Stewart (1979) “criando condições ao cliente e a família de promover, manter, restaurar e minimizar os efeitos da doença e incapacidades” (PERNAMBUCO, A. C. et al, 2001).

Com base na realidade da população idosa acima exposta é que implementamos a nossa prática assistencial. A mesma foi realizada durante a Oitava Fase Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, na qual procurou-se prestar assistência ao idoso portador de multipatologias crônicas, atendendo as suas necessidades humanas básicas, de forma humanizada e interdisciplinar. O cuidado baseou-se no conhecer e auto-conhecer, na possibilidade de uma relação empática e nas trocas de ensinamentos entre cliente, profissionais, acadêmicas e familiares, possibilitando profundidade na assistência ao outro.

A prática assistencial foi desenvolvida na Clínica Médica – II do Hospital Universitário da UFSC, e após a alta hospitalar do cliente idoso a assistência teve também continuidade no domicílio, junto aos familiares cuidadores. Os objetivos foram seguidos através do tema: **Assistência humanizada ao idoso e à sua família: do hospital ao domicílio.**

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

- Prestar assistência humanizada ao idoso portador de multipatologias crônicas e seus familiares, no contexto hospitalar e domiciliário, fundamentado nas teorias de Horta e de Paterson e Zderad.

### **2.2 Objetivos específicos:**

**1. Realizar a revisão bibliográfica referente ao tema e outras atividades que possam embasar a prática assistencial proposta e contribuir para aprimoramento do saber, promovendo o auto-conhecimento.**

*Estratégias:* Realizar leituras específicas do assunto em livros especializados, trabalhos de conclusão de cursos e publicações, as quais se seguirão de discussão, síntese e registro.

Participar dos cursos específicos da área já programados para o decorrer deste semestre: III Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia e do Simpósio de Alzheimer, além da troca de experiências com outros profissionais.

Realizar encontros de reflexões com a participação do professor orientador e as supervisoras para o desenvolvimento do auto-conhecimento

**2. Conhecer a estrutura e funcionamento da unidade onde a prática assistencial foi desenvolvida.**



**Estratégias:** Realizar visita prévia à unidade onde será desenvolvida a prática assistencial, conhecendo a estrutura física, organização, além de realizar um primeiro contato com a futura equipe de trabalho.

Participar das atividades administrativas da unidade juntamente com a enfermeira.

Levantar, através de prontuários, censo hospitalar e dados computacionais internos, as idades, as patologias que mais acometem os idosos e seu tempo de internação hospitalar, para conhecermos o perfil de nossa clientela.

### **3. Interagir com a equipe de trabalho, buscando uma assistência interprofissional por meio de uma postura interdisciplinar.**

**Estratégias:** Realizar apresentação prévia do grupo, participar das passagens de plantão, acompanhar as visitas médicas, trocar informações com outros profissionais da equipe, estabelecendo uma estreita relação com os mesmos.

### **4. Realizar técnicas e procedimentos, de forma humanizada, que possam contribuir para o desenvolvimento de habilidades na prática assistencial.**

**Estratégia:** Buscar por oportunidades para a realização de técnicas de enfermagem.

### **5. Prestar assistência humanizada ao idoso hospitalizado e à sua família, procurando integrá-la ao cuidado do mesmo utilizando o processo de enfermagem adaptado, com base nas teorias de Horta e Paterson e Zderad e adaptado para o contexto desse estudo.**

**Estratégias:** Aplicar o processo de enfermagem adaptado, junto ao idoso e seus familiares, visando atender suas necessidades humanas básicas de forma humanizada.

Realizar assistência diária ao idoso hospitalizado.

Participar das passagens de plantão para o acompanhamento da resposta do idoso frente aos cuidados prestados.

Realizar procedimentos específicos de enfermagem no período.

Ouvir, sentir, apoiar e perceber as necessidades de cuidado do idoso e familiar acompanhante.

Facilitar a permanência do acompanhante durante a hospitalização do idoso.

Incentivar o idoso e seu familiar acompanhante a enfrentar as situações adversas.

### **6. Dar continuidade ao cuidado, prestando assistência também no domicílio.**

**Estratégias:** Agendar visita domiciliar para os casos onde o grupo julgar necessário e houver acordo por parte do idoso e família.

Dar continuidade na aplicação do processo baseado nas teorias de Horta e Paterson e Zderad, iniciado na Unidade Hospitalar.

Observar o contexto físico, emocional e social do idoso e seus familiares.

Levantar as necessidades básicas do idoso e família no contexto domiciliário, buscando atendê-las.

Manter um sistema de referência e contra-referência com a unidade de saúde do bairro.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Silva & Arruda (1993, p.85), marco de referência é “um conjunto de conceitos e pressuposições derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimentos, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para a utilização na sua prática com indivíduos, famílias, grupos ou comunidades, atendendo às situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem”.

Segundo Trentini e Paim (1999) o propósito de uma teoria é apresentar uma visão sistematizada de um fenômeno e, para isso, deverá apresentar um grupo de conceitos, suas definições e as articulações entre elas, de forma a consistir em uma construção sobre um determinado fenômeno.

Com base na proposta sugerida pela disciplina *Metodologia de Pesquisa em Enfermagem II*, que consiste em buscar um Referencial Teórico que possa guiar nossa prática assistencial para a VIII unidade curricular, optamos pelas propostas teóricas de Horta e Paterson & Zderad. Aquela enfoca as *Necessidade Humanas Básicas* e esta descreve a *Teoria Humanista* como base para a prática de Enfermagem.

Sendo assim, tomando-se por base as duas teorias acima citadas, que interrelacionadas, e associadas às proposições de interdisciplinaridade, tão necessárias à condução da prática gerontogeriátrica, serviram como guia para a realização deste trabalho.

#### 3.1 Biografia das teóricas

Josephine E. Paterson, nasceu em 1º de Setembro de 1924 em Freeport, Nova York. Especializou-se em Enfermagem Clínica (Nova York). Graduou-se na Linnox Hill Hospital

School of Nursing e na St. John's University. Recebeu grau de mestre em Higiene e Saúde Pública em Baltimore, Maryland. Doutorada em Ciências de Enfermagem, em Boston, onde também se especializou em Enfermagem da Saúde Mental e Psiquiátrica. A doutora Paterson conceitualizou e ensinou Enfermagem Humanista a estudantes de graduação, ao corpo docente e a equipes em vários locais (GEORGE, 1993, p.242).

Loretta T. Zderad, nasceu em 7 de junho de 1925 em Chicago, Illinois. Graduou-se na Universidade Loyola, trabalhando em Nova York, como presidente adjunta para a educação em Norhport. Fez seu mestrado em Ciências na Universidade Católica de Washington e seu doutorado em Filosofia, na Universidade de Georgetown. Foi docente em inúmeras escolas, desde de 1960, e trabalhou na mesma escola de Paterson. Paterson e Zderad publicaram juntas "Enfermagem Humanista" em 1976 (GEORGE, 1993, p.242).

Wanda de Aguiar Horta, nasceu em 11 de agosto de 1926 em Belém do Pará. Formada na Escola de Enfermagem na USP em 1948. Em 1953 foi Licenciada em História Natural na Universidade do Paraná. Pós graduou-se em Pedagogia e Didática Aplicada à Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP em 1962. Em 31 de outubro de 1968 conquistou o título de doutora e docente livre de Fundamentos de Enfermagem na Escola Ana Neri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Foi aprovada em concurso em 1974, recebendo o título de professora adjunta (LEOPARDI, 1999, p. 80)

### 3.2 Pressupostos

#### *Pressupostos de Horta* (LEOPARDI, 1999, p.80-81)

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.
- A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio.
- Todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.
- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo do seu autocuidado.

#### *Pressupostos de Paterson e Zderad* (LEOPARDI, 1999, p.132)

- Os enfermeiros, consciente e deliberadamente, aproximam-se da enfermagem como uma experiência existencial.

- Cada situação de enfermagem reciprocamente evoca e afeta a expressão e as manifestações das capacidades existenciais dos seres humanos e sua condição.
- A enfermagem humanística inclui mais que uma benevolente relação sujeito-objeto competente tecnicamente, guiada por um enfermeiro em benefício de alguém.
- A enfermagem é uma relação transacional e investigativa cuja significância demanda conceptualização fundamentada em uma consciência existencial do enfermeiro de si mesmo e do outro.
- Os seres humanos têm uma força inata que os mobiliza para reconhecer suas próprias visões e as visões de outros.
- Seres humanos são livres e se espera que se envolvam em seu próprio cuidado e nas decisões de sua vida.
- Enfermeiros e pacientes coexistem, sendo ao mesmo tempo dependentes interdependentes.

### ***Pressupostos das Acadêmicas***

- A velhice não é uma doença.
- A autonomia e a independência interferem na saúde e o bem-estar do idoso.
- A assistência prestada ao idoso busca seguir a tríade : enfermeira<sup>2</sup>-idoso-familiar cuidador.
- Consideramos o familiar também um foco de cuidado.
- A interdisciplinaridade é necessária para se garantir uma assistência integral, na gerontogeriatría.
- A assistência de enfermagem busca dar-se de forma humanizada a fim de que se atenda as necessidades humanas básicas de quem está sendo cuidado, e de quem cuida.

### **3.3 Conceitos**

Procuraremos abordar os principais conceitos formulados pelas teóricas, incluindo a definição de enfermagem, ser humano, saúde/doença e comunidade/meio ambiente.

A teoria de Paterson e Zderad enfatiza a prática humanista que parte do princípio que a teoria de uma ciência de enfermagem desenvolve-se a partir de experiências vividas pela

---

<sup>2</sup> Usaremos, no decorrer deste relatório, a palavra Enfermeira, do gênero feminino, para definir o ser humano que desenvolve ações de Enfermagem, pois trata-se de uma profissão com predominância feminina.

enfermeira e pelos enfermos na prática da enfermagem. “Para elas, o ato de cuidar incrementa a humanidade na situação em que se encontram” (LEOPARDI, 1999, p.132).

Por sua vez a teoria de Horta fundamenta uma abordagem humanista e empírica enfocando as necessidades humanas básicas, baseado na teoria de motivação de Maslow. Nesta teoria o foco do trabalho da enfermagem é levar o ser humano ao estado de equilíbrio, ou seja, a saúde pelo atendimento de suas necessidades básicas.

### ***Definindo o conceito de Enfermagem***

Segundo Horta “Enfermagem é a ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais” (HORTA, 1979, p.29).

Segundo Leopardi (1999, p. 135), para Paterson e Zderad “Trata-se de uma resposta de cuidado de uma pessoa para com a outra, num período de necessidade que visa ao desenvolvimento, bem estar e do estar melhor. A enfermagem trabalha na direção desta meta ajudando a aumentar a possibilidade de fazermos escolhas responsáveis, uma vez que é assim que os seres humanos conseguem vir a ser” .

Considerando a situação escolhida e baseando-nos nas definições das teóricas acima citadas, pode-se dizer que enfermagem aqui é uma relação entre enfermeira-idoso e enfermeira-família, visando atender as necessidades básicas, para que se alcance o bem estar e o estar melhor de ambas as partes. Com o ensino do auto-cuidado procura-se recuperar, manter e promover a saúde, em colaboração com outros profissionais para que se possa assistir de forma holística o idoso e sua família.

Contextualizando o conceito com a nossa proposta de prática assistencial podemos dizer que a **enfermagem gerontogeriatrica** tem por finalidade atender/assistir o idoso, integrando os familiares do mesmo ao cuidado, e prepará-los para compreender o processo saúde-doença-envelhecimento, assim como propor um plano de assistência interdisciplinar seja ele hospitalar ou domiciliar.

Neste sentido, a **enfermagem gerontogeriatrica** visa proporcionar ao idoso condições que permitam aumentar as condutas saudáveis de vida, minimizando e compensando as suas perdas de saúde e as suas limitações.

### ***Definindo o conceito de Ser Humano***

Para Horta: “O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, sujeito a todas as leis que o regem. Está em constante interação com o universo, provocando assim, mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Ele se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização, além de poder unir o presente passado e futuro”(1979, p.28)

Para Paterson e Zderad: “Os seres humanos são encarados a partir de uma estrutura existencial de vir-a-ser, através de escolhas. O homem é um ser individual, necessariamente relacionado com outros homens, no tempo e no espaço. Os seres humanos caracterizam-se como capazes, abertos a opções, com valor e com manifestação única de seu passado, presente e futuro. É através das relações com os outros que o ser humano vem a ser, isto é, em contrapartida, permite que a individualidade única de cada pessoa se realize” (LEOPARDI, 1999, p.134).

Sendo assim, o ser humano pode ser visto como parte integrante do universo, sempre buscando vir a ser mais, através da interação com outros. Dentro deste processo interativo, procura atender as suas necessidades básicas, para manter seu equilíbrio no tempo e no espaço.

Tendo em vista que esse referencial teórico serviu como base para o desenvolvimento de uma prática assistencial com idosos e seus familiares cuidadores definiremos também o ser-idoso, o ser-familiar, ser-enfermeira.

O **ser-idoso**, dentro deste contexto, é visto como ser único, repleto de experiências e que com o avançar da idade vai perdendo o seu poder de sobrevivência e adaptação, ficando susceptível a multipatologias inerentes ao processo de envelhecimento.

Definimos o **ser-família** como sendo um grupo de pessoas que interagem entre si, realizando trocas de experiências onde cada qual desempenha papéis e funções. Baseando-se nas idéias de Nitschke (1991, p.233), a família é definida como grupo que possui objetivos e toma decisões e tem como uma de suas atribuições o cuidado de saúde de seus membros. Apresenta peculiaridades próprias que influenciam todos os seus integrantes.

**Ser-enfermeira** é um ser humano com suas potencialidades e restrições e que tem como compromisso proporcionar cuidado humanizado a outros seres que dele necessitem. Para tanto, a enfermeira deve primariamente conhecer a si mesma e ter conhecimento

científico, para que então, seja capaz de conhecer ao outro e assim, prestar-lhe assistência de qualidade e humanizada.

### ***Definindo o Conceito de Saúde-Doença e Envelhecimento Saudável***

Segundo Leopardi (1999, p. 83), para Horta: “O processo saúde-doença ocorre porque o ser humano está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço. Este desajuste leva o ser humano a procurar uma harmonia e satisfação parcial, de modo que a situação gere um desconforto que possa levar a um estado que denominamos de doença”. E saúde, por sua vez, é definida como “estar em perfeito equilíbrio espaço-temporal com todo o universo”.

Leopardi (1999, p. 135) descreve, segundo as idéias de Paterson e Zderad que “A saúde é entendida como mais que ausência de doenças, como potencial para bem estar e estar melhor, como um processo de encontrar sentido para a vida na relação com os outros como presenças totais. Quando nos relacionamos verdadeiramente com o outro, vivenciamos saúde. Assim a saúde pode ser encontrada na vontade que uma pessoa tem de estar aberta a experiências da vida, independente de seu estado físico, social, espiritual, cognitivo ou emocional.”

Para Brunner (1998, p. 123) o envelhecimento é um processo normal de mudança relacionada com o tempo, começando ao nascimento e continuando ao longo de toda a vida.

O processo saúde-doença e envelhecimento saudável é visto por nós como uma percepção particular segundo as experiências de vida de cada ser. Assim vemos que a presença de patologias não significa estar doente e nem que a ausência destas signifique saúde. Da mesma forma, envelhecer não é sinônimo de doença, mas sim um processo orgânico normal. A saúde está relacionada com o bem estar e o estar melhor e isto, principalmente para o idoso, significa ter autonomia e independência.

### ***Definindo o conceito de Comunidade/Meio Ambiente***

Segundo Moura (2001, p.56), para Horta “ambiente são todas as condições de ecossistema que permitem ao indivíduo atender correta e completamente suas necessidades. Tais condições são o ambiente físico, normas, regulamentos, grupo social, família e outras condições de ecossistema”.

Paterson e Zderad consideram a comunidade como sendo a troca de experiência entre as pessoas. As mesmas relacionam-se entre si e encontram significado para sua



existência, através do partilhar e do relacionar-se com os outros. Paterson e Zderad consideram a comunidade o “nós” que ocorre com clientes, família, colegas de profissão e outros provedores de atendimento a saúde (GEORGE, 1993, 246).

Definimos comunidade como sendo o agrupamento de pessoas que relacionam-se entre si, que podem possuir objetivos comuns, vivências diferentes e através destas realizam trocas de experiências. Procuram interagir entre si na procura de um viver melhor e de vir a ser indivíduos completos em equilíbrio com si e com os outros estando assim em equilíbrio com sistema. Dentro da enfermagem, mais especificamente no nosso trabalho, vemos como comunidade o idoso, sua família, nós (estudantes de enfermagem) e os profissionais que prestam assistência de saúde.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Teorias sobre o envelhecimento**

O envelhecimento não é simplesmente o passar do tempo, mas sim a manifestação de acontecimentos biológicos e psicossociais que possuem lugar em um período de tempo (REILLY, 1998, p. 42).

O ser humano tem mostrado desde muito tempo uma grande curiosidade e imaginações ilimitadas acerca de encontrar respostas sobre a natureza da vida e da morte. Permanecem dúvidas acerca dos mecanismos que acarretam modificações profundas nas funções orgânicas do indivíduo idoso. Assim, especialistas tentam encontrar através de estudos científicos antigos as respostas para os diversos enigmas e magias que rodeiam o processo do envelhecer. Diversos conceitos, por si só, deixam claros a dificuldade de entender o processo do envelhecimento, que pode ser explicado através de modificações biológicas e psicossociais complexas que ocorrem no ser humano.

#### **4.1.1 Teoria geral do envelhecimento biológico**

Entre muitas definições existentes, a que melhor satisfaz é aquela que conceitua o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo e que nele ocorrem modificações morfológicas, fisiológicas e bioquímicas determinando a perda progressiva da capacidade da adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levá-lo à finitude.

Esta teoria pode ser subdividida em:

- *Teoria do acúmulo de erros genéticos aleatórios*

Diz que ao longo do tempo estes erros comprometem a síntese proteica e deterioram a função celular. As células produzem normalmente radicais livres como o peróxido e o superóxido de hidrogênio como subprodutos do metabolismo (CECIL, 1998, p.896).

- Teoria dos radicais livres

Explica o processo do envelhecimento como sendo provocado por alterações orgânicas causadas pelos radicais livres devido às reações destes com enzimas, lípidos, colágeno, hormônio e também o DNA e RNA. Essas reações seriam responsáveis por alterações celulares teciduais e genéticas estando relacionadas com o processo do envelhecimento.

- Teoria Imunitária

Propõe que linfócitos sofreriam mutações somáticas, o que modificaria suas propriedades orgânicas, determinando ampla reação antígeno-anticorpo nos diferentes tecidos. Também ocorrem mutações no DNA e RNA determinando o aparecimento de proteínas alteradas, levando à produção de anticorpos que reagem com diversos componentes orgânicos (PAPALEO NETTO e BORGONOV, 1996, p.56).

- Teoria do desgaste

Segundo Sacher (CRUZ; SCHEIDT; BÖING, 2000, p.7 ) o organismo humano se comporta como uma máquina cujas partes se deterioram com o uso. O desgaste provocaria anomalias, daí advindo um cessar desse organismo.

- Teoria neuro-endócrina

Alterações na função celular resultantes do envelhecimento manifesta-se como um declínio na função neuroendócrina. Este declínio interfere na regulação de todo o organismo, bem como na regulação do processo de envelhecimento celular e fisiológico.

#### **4.1.2 Teorias do envelhecimento psicossocial**

O envelhecimento humano um fenômeno extremamente complexo, sendo influenciado por inúmeros fatores e, dentre eles, somando-se aos biológicos, encontramos os sociais e culturais.

Brunner e Suddarth (1998, p.125), descrevem as teorias sociológicas subdividindo-as em:

- Teoria do desengajamento

A teoria desenvolvida por Cummings & Henry em 1961 considera que ela seja uma teoria de sentido comum e contempla-se como um processo inevitável, em que muitas das

relações entre uma pessoa e outros membros da sociedade se rompem e se altera a qualidade das que se mantém. Pode-se dizer então que, quando uma pessoa idosa se afasta, se isola da sociedade, ela atinge um moral alto e satisfação na vida; e por outro lado, retira seu apoio a seu grupo etário na sociedade.

- Teoria da atividade

A Teoria da Atividade descrita por Havighurst na década de 60, ressalta a importância de manter a atividade social; como consequência dela o idoso desenvolve uma concepção positiva de si mesmo, ou seja, alcança um maior grau de satisfação em sua vida.

- Teoria da continuidade

Já a Teoria da Continuidade, segundo Atchley (1989) e Neugarten (1964), tem como principal premissa a conservação das estruturas externas e internas mediante estratégias que mantenham a continuidade. Importante manter uma ligação com o passado; hábitos, valores e interesses fazem parte integrante na vida presente deste ser humano.

A continuidade é uma percepção subjetiva e cada pessoa deve adaptar-se de modo individual às trocas, estabelecendo vínculos pessoais para ligar novas experiências com as anteriores (REILLY, 1998, p. 42).

## **4.2 Política Nacional de Saúde do Idoso**

(Portaria nº1.395/GM, 10/12/1999)

A população idosa está aumentando em nosso país, segundo as projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado quinze vezes, enquanto a população total em cinco. O país ocupará assim, o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando em 2025, cerca de trinta e dois milhões de pessoas com sessenta anos ou mais de idade.

Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passam a ser constituídas por várias gerações, exigindo os necessários mecanismos de apoio mútuo entre os que compartilham o mesmo domicílio. Em vista disso, deve-se dar maior importância aos aspectos psicossociais que são fundamentais na atenção à saúde neste grupo populacional.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>3</sup>, 83% dos idosos brasileiros habitam as zonas urbanas, pois geralmente vêm juntamente com seus descendentes, que procuram nas cidades, melhores condições de vida e campo de trabalho.

<sup>3</sup> Dados coletados do Ministério da Saúde- [www.saude.gov.br/programas/idoso/programas.htm](http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programas.htm)

Sendo assim, isto vem contribuindo para que o idoso venha a ter um atendimento à saúde mais especializado, fazendo-se necessário uma maior solicitação de exames e internações. Levando em consideração que o cuidado destinado ao idoso é bastante caro, há necessidade de um maior investimento financeiro à saúde pública por parte dos governantes.

No intuito de diminuir a demanda de internações hospitalares, e com isso a ocupação de leitos, a assistência domiciliar aos idosos, cuja capacidade funcional está comprometida, demanda programas de orientação, informação e assessoria de especialistas.

Em vista das necessidades de atenção especial à saúde à pessoa da terceira idade, a política nacional de saúde ao idoso tem como propósito:

- promover o envelhecimento saudável através da manutenção e promoção da capacidade funcional dos idosos;
- prevenir doenças (multipatologias);
- recuperar saúde dos que adoecem e reabilitar aqueles que venham a ter sua capacidade funcional restrita, garantindo assim, independência em suas funções na sociedade.

Das diretrizes realizadas para cumprimento dos propósitos definidos:

- promoção do envelhecimento saudável: através de programas de educação à saúde, e em seqüência desta a melhoria constante de suas habilidades funcionais;
- manutenção da capacidade funcional: poderá ser realizada através de dois níveis; o primeiro é a prevenção de agravos à saúde e detecção precoce de problemas de saúde potenciais ou já instalados, cujo avanço poderá pôr em risco as habilidades e autonomia dos idosos;
- assistência às necessidade de saúde do idoso: é a prestação assistencial nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Aqui, vale discorrer que o idoso tem por direito a um atendimento preferencial nos órgãos estatais e privado de saúde, segundo a lei nº 8.842/94, Art. 4º do inciso VIII, e o a Art. 17, do decreto nº 1948/96. O idoso terá também uma autorização para acompanhante familiar em hospitais públicos e privados- conveniados ou contratados- pelo SUS;
- reabilitação da capacidade funcional comprometida: prevenção da evolução e recuperação da perda funcional incipiente que será desenvolvido por um trabalho multidisciplinar;
- capacitação de recursos humanos especializados: dispor de pessoal em quantidade e qualidade adequadas, através de uma educação continuada e de articulação intersetorial, cujo o provimento será das três esferas do governo;

- apoio ao desenvolvimento de cuidados informais: busca-se desenvolver uma parceria entre profissional da saúde e pessoas próximas aos idosos, possibilitando a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio mediante orientações e supervisão de profissionais habilitados;
- apoio a estudos e pesquisas: gerar informações com o intuito de subsidiar as ações de saúde dirigidas à população idosa e complementar os conhecimentos do cuidador, seja ele profissional ou não.

#### **4.3 A interdisciplinaridade na gerontologia**

Durante muito tempo a assistência ao idoso deu-se de forma em que alguns profissionais, representantes de diferentes áreas e especialidades, cuidavam do idoso separadamente e de forma individual, sem que houvesse qualquer tipo de articulação ou interação prévia entre eles. Sabe-se contudo, que frente a alta complexidade inerente ao processo de envelhecimento, incluindo o acometimento por doenças crônico-degenerativas, fenômenos psíquicos e sociais, seria utópico pensar que um único profissional fosse capaz de prestar uma assistência completa ao idoso. É neste sentido, que cada vez mais, as idéias de interdisciplinaridade vêm se difundindo e alcançando espaço na prática de muitos profissionais de saúde. Assim, a interdisciplinaridade é definida como “a formação por diversos profissionais de áreas diferentes, caracterizando-se pelo desenvolvimento de um trabalho coordenado e sincronizado, onde cada componente reconhece sua atuação como de caráter cooperativo e não competitivo, de interdependência com a dos demais componentes, com vistas ao alcance dos objetivos comuns” (RABELLO et al, 1990). Jacob Filho e Sitta (1996, p.440) ainda ressalta que a interdisciplinaridade é benéfica não só para o cliente como também para os profissionais que a praticam: “...o conhecimento técnico se difunde não apenas em direção ao cliente mas também aos outros profissionais com o intuito de incrementar o somatório de conhecimentos do grupo”. É dentro deste contexto que a prática assistencial proposta pretendeu inserir a interdisciplinaridade como fator indispensável para que a assistência ao idoso fosse realizada de maneira integral e holística, visando a restauração do bem-estar e estar melhor, e autonomia sempre que possível.

#### 4.4 Enfermagem gerontogeriatrica

Enfermagem gerontológica, segundo Gunter e Miller é o estudo científico do cuidado de enfermagem ao idoso, caracterizado como ciência aplicada com o propósito de utilizar os conhecimentos do processo de envelhecimento, para o planejamento da assistência de enfermagem e dos serviços que melhor atendam à promoção da saúde, à longevidade, à independência e ao nível mais alto possível de funcionamento da pessoa idosa (DUARTE, 1996, p.223).

O cuidar é um processo dinâmico e ele depende da interação, do respeito e de ações planejadas a partir do conhecimento da realidade do idoso e sua família. Assim sendo, o processo de cuidar em enfermagem consiste em olhar para a pessoa idosa considerando os aspectos biopsicossociais vivenciados por ele e sua família enquanto cliente da enfermagem (GONÇALVES e ALVAREZ, no prelo).

Neste sentido, podemos então concluir que os campos de atuação da enfermagem, particularmente na gerontogeriatrics são amplos, o que inclui a educação, assistência, assessoria, planejamento e coordenação de serviços, além de ensino e supervisão dos cuidadores informais.

Segundo Duarte (1996, p.224), podemos resumir os objetivos da Enfermagem Gerontogeriatrica em três tópicos:

1. assistir integralmente ao idoso, à sua família e à comunidade na qual estiver inserido, auxiliando sua compreensão e facilitando sua adaptação às mudanças decorrentes do processo de envelhecimento;
2. desenvolver as ações educativas nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde do idoso;
3. estimular a participação ativa do idoso e, quando necessário, de seus familiares, em seu processo de auto-cuidado, tornando-o(s), desta forma, os principais responsáveis pela manutenção de seu melhor nível de saúde e bem-estar.

O foco da assistência da enfermagem gerontogeriatrica em nossa prática assistencial deu-se tanto no meio hospitalar quanto no domicílio, acreditando ser este o complemento daquele.

#### **4.5 Enfermagem domiciliária**

Carletti e Rejani (DUARTE e DIOGO, 2000, p.06), definem a atenção domiciliária como o serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por uma equipe interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia.

Conhecer a situação real existente no domicílio do cliente é uma informação essencial para se fazer uma avaliação completa e correta do caso apresentado e estabelecer medidas mais eficazes para administrar a terapêutica a ser adotada. O cuidado à saúde em domicílio pode se dar em diversas modalidades. Todas elas visam que o cliente enfatize sua autonomia e se esforce em realçar suas habilidades funcionais dentro de seu próprio ambiente. As modalidades variam de acordo com o grau de cuidados dos quais o cliente necessita, podendo ser cuidados agudo/intensivos e cuidados de longa permanência.

Trazendo o atendimento domiciliário para enfoque gerontológico, podemos justificar a sua prática devido a necessidade de incrementar os serviços para esta clientela, uma vez que cresce o número de idosos. Considerando que a maioria dos quadros de dependência experienciados por esta população está associada a condições crônicas e que estas podem ser tratadas adequadamente fora das instituições, vemos o atendimento domiciliário como importante forma de assistência.

A meta global da assistência em gerontologia é manutenção dos idosos na familiaridade, conforto e dignidade de seus lares pelo maior tempo possível. De acordo com Keenan e Hepburn citado por Duarte e Diogo (2000, p.10), cinco são os critérios que podem ser seguidos para auxiliar na seleção dos pacientes elegíveis para o atendimento domiciliário: estabilidade clínica, rede de suporte social (cuidador, família, amigos e voluntários); ambiente apropriado; avaliação profissional das demandas existentes e suporte financeiro.

#### **4.6 Problemas que afetam a população idosa**

O envelhecimento humano vem acompanhado de um desgaste físico funcional do corpo e da mente, bem como de uma diminuição das respostas fisiológicas às ações do meio. Muitas alterações ficam bem evidentes: perda de peso, diminuição da estatura, mobilidade



reduzida, pensamentos mais lentos e aprendizagem mais demorada. Estas alterações físicas e psicológicas acabam afetando muitas vezes, a independência do idoso e contribuindo assim, para uma menor qualidade de vida. Daí o envelhecimento, processo natural e fisiológico, é muitas vezes visto como doença, sendo que muitos dos sintomas apresentados pelo idoso são atribuídos à velhice.

Vendo o idoso como ser humano que envelhece física e psicologicamente e que sofre profundas modificações nestes campos, vemos também a necessidade de uma atenção especial à sua saúde, promovendo uma assistência integral, cujo horizonte transcende o tratamento das doenças dos velhos. Para o idoso, a sua saúde acaba sendo melhor estimada pelo seu nível de independência e autonomia.

Guimarães e Cunha (1989) referem que o maior desafio na assistência ao idoso é o de prevenir, tratar e cuidar daqueles que constituem os problemas típicos das pessoas de idade avançada, os chamados *gigantes da geriatria*, os cinco Is: imobilidade, instabilidade, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia. Esta consiste em erros dos profissionais da área que acabam por gerar complicações para a saúde do paciente. Existem dois tipos de iatrogenia: a subtrativa e a aditiva. Aquela consiste na não tomada de ações frente ao estado de saúde do idoso, ficando os mesmo à mercê de qualquer tipo de tratamento. A aditiva, por sua vez, é oposta ao primeiro caso, já que há um excesso de terapêuticas medicamentosas ou dietas rigorosas que acabam sendo prejudiciais. Neste sentido, cabe aos profissionais da área da saúde prestar assistência ao idoso de maneira cautelosa, evitando riscos a saúde do mesmo (Os demais componentes dos gigantes da geriatria serão relatados no decorrer do trabalho, como integrantes das principais patologias do idoso).

São atributos dos cinco Is: múltipla etiologia, não constituir risco de vida eminente, comprometer severamente a qualidade de vida e complexidade terapêutica. A presença de um ou mais destes problemas implica em perda da autonomia e interfere na independência funcional do idoso.

Essas alterações também favorecem a instalação de multipatologias, muito comuns no idoso. Estas conduzem a diversas incapacidades e afetam o estado de saúde geral e a capacidade física. Algumas das multipatologias mais comum e com maior incidência no idoso serão abaixo descritas, seguidas dos cuidados de enfermagem específicos para cada uma delas.

Os principais problemas que afetam a população idosa, bem como sua terapêutica e cuidados de enfermagem foram pesquisados nos livros de Cecil (1998), Brunner & Suddarth

(1998), Harrison, (1998), Carroll & Brue (1991). Demais autores serão citados ao longo do texto.

#### 4.6.1 Problemas respiratórios

Diversos problemas do aparelho respiratório ocorrem com maior frequência na pessoa idosa devido às intensas alterações na fisiologia deste. Alterações como diminuição da elasticidade e do tônus muscular da caixa torácica devido a maior calcificação óssea vertebral e costal acarretam pulmões mal ventilados. Os vasos se fazem mais fibrosos e menos distensíveis. O leito mucoso e membranas capilares alveolar engrossam, que juntamente com uma menor ação dos cílios e dilatação dos bronquíolos culminam em uma diminuição na eficiência do reflexo da tosse. Essas alterações têm como consequência uma menor profundidade da respiração, ventilação e capacidade vital gerando uma diminuição da oxigenação dos tecidos do corpo. Neste contexto, as principais patologias respiratórias que acometem os idosos são pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), tuberculose.

**Pneumonia** – É um processo inflamatório do parênquima pulmonar principalmente produzido por infecção. As pessoas idosas tornam-se susceptíveis a esta patologia devido à diminuição da função respiratória, associada a uma tosse ineficaz e alterações do sistema imune. Existem diversas classificações para a pneumonia e a mesma dá-se de acordo com o agente etiológico podendo ser bacteriana ou atípica (vírus, *P. carinii*, fungos, clamídea). No idoso, a pneumonia pode advir como consequência de um processo patológico crônico ou de forma espontânea. Muitos dos achados clínicos encontrados em pacientes com idade menor, muitas vezes não se manifestam em pacientes idosos. Dentre eles podemos destacar a tosse, dor torácica, produção de escarro e febre, tornando-se mais difícil o diagnóstico. Em contrapartida, podemos encontrar no idoso os seguintes sinais e sintomas: deterioração geral, fraqueza, sintomas abdominais, anorexia, confusão, taquicardia e taquipnéia.

A intervenção de enfermagem frente ao idoso com pneumonia dá-se no sentido de estimular o aumento da ingesta líquida, realizar oxigenioterapia, exercícios respiratórios, bem como incentivar a tosse, produção de escarro e alterações de posição.

O tratamento médico inclui administração de antibiótico adequado e monitoração através de gasometria e outros exames laboratoriais. Felizmente hoje contamos com a

vacinação contra influenza e pneumococos para a prevenção desta patologia em pacientes acima de 50 anos asilados e debilitados por doenças cardiovasculares.

**DPOC** – É um termo geral que classifica as várias patologias, incluindo asma, enfisema, bronquite crônica e bronquiectasia e caracteriza-se por tratar-se de uma condição irreversível, associada à dispnéia, esforço e fluxo aéreo reduzido. É considerada uma doença de interação genética e ambiental. Muitos fatores podem contribuir para o desenvolvimento da mesma como o fumo, poluição do ar e exposição ocupacional. A incidência de DPOC aumenta com a idade e está relacionada a muitas alterações fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento, como por exemplo, a obstrução de vias aéreas e a diminuição da elasticidade pulmonar. Por tratar-se de uma doença crônica, a mesma necessita de um monitoramento freqüente, uma vez que pode acarretar patologias secundárias a esta situação como falência respiratória, atelectasia, pneumonia, pneumotórax e hipertensão pulmonar.

O tratamento não farmacológico tem como meta melhorar as trocas gasosas, remover as secreções brônquicas, prevenir infecções broncopulmonares, além de estimular a realização de exercícios respiratórios bem como atividades de auto-cuidado. Neste sentido, a educação em saúde ocupa um importante papel para a estabilização desta patologia, fazendo com que haja uma mudança dos seus hábitos, proporcionando uma melhor qualidade de vida. O tratamento inclui exercícios respiratórios, drenagem postural e inaloterapia; contudo, se a condição do paciente se agrava a ponto de ocorrer uma falência respiratória aguda, muitas vezes faz-se necessário a entubação e a ventilação mecânica.

#### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

- ensinar e estimular o uso de respiração diafragmática e técnicas de tosse;
- estimular o idoso a manter cabeceira elevada ao deitar-se;
- ensinar como realizar drenagem postural para a mobilização de secreções;
- estimular a ingesta hídrica para fluidificação das secreções;
- encorajar a realização de atividades físicas leves, alternando com períodos de repouso;
- instruir a evitar o contato com irritantes brônquicos (fumo, aerossóis, extremos de temperatura);
- ensinar os sinais precoces de infecção (escarro aumentado, com alteração de coloração e viscosidade, dificuldade respiratória e aumento da tosse);

reforçar os horários, doses e necessidade de terapia medicamentosa para o restabelecimento do idoso.

**Tuberculose** – É uma doença que tem como principal agente o *Mycobacterium tuberculosis*, que afeta primariamente o parênquima pulmonar, contudo, pode atingir outras partes do corpo como meninges, rins, ossos e linfonodos. Há uma forte incidência dessa patologia nos idosos e este fator deve-se a uma depressão imunológica que ocorre durante o processo de envelhecimento. A transmissão dá-se pelo ar e através de gotículas contaminadas, que penetram no organismo pelas vias aéreas superiores.

A tuberculose pode apresentar manifestações atípicas na pessoa idosa, tais como alterações do comportamento ou do estado mental, febre, anorexia e perda de peso. Outras manifestações também podem aparecer, como fadiga, sudorese noturna, dor torácica e tosse persistente podendo passar a ser produtiva com escarro mucopurulento e hemoptise.

O tratamento farmacológico se dá com agentes anti-tuberculose por um período de 6 a 12 meses. Cinco medicações fazem parte desse tratamento isoniazida, rifampicina, estreptomicina, etambutol e pirazinamida. O cuidado de enfermagem para com o paciente tuberculoso está voltado para a educação em saúde no sentido de evitar a disseminação, propiciar a manutenção das vias aéreas e estimular a adesão ao tratamento farmacológico evitando a desistência do mesmo, tendo em vista o longo período de tratamento.

#### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

ressaltar ao cliente e seus familiares as vias de contaminação e transmissão da doença, evitando assim, a disseminação da mesma;

identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças secundárias;

encaminhar para um programa de atendimento ambulatorial;

orientar a importância da adesão ao tratamento farmacológico e a não desistência do mesmo;

favorecer a permeabilidade das vias aéreas, estimulando a tosse, a expectoração de secreções e a ingesta hídrica;

(demais cuidados vide DPOC)

#### 4.6.2 Problemas cardiovasculares

Os problemas cardiovasculares representam hoje em torno de 40% dos óbitos em nosso país. Podemos atribuir esta alta incidência devido às alterações que ocorrem na fisiologia do aparelho cardíaco que advém com o envelhecimento. Tais mudanças incluem o espessamento do músculo cardíaco e sua menor complacência, rigidez das valvas cardíacas e diminuição do retorno venoso ao coração, aorta torna-se menos elástica e alonga-se. A pressão sistólica em geral aumenta com a idade até 64 anos, e depois diminui. Dentre as patologias cardiovasculares, as que mais acometem o idoso incluem Angina, Infarto do Miocárdio e Hipertensão. As manifestações destas patologias na pessoa idosa são: o aumento da área cardíaca, bulhas acessórias, estertores subcrepitantes, estase jugular. Podemos encontrar também dispnéia ao esforço, ortopnéia, taquicardia, anorexia, náuseas, vômitos, mãos e pés frios. Muitos destes achados clínicos no idoso aparecem de forma insidiosa e o cuidador muitas vezes não percebe.

**Angina do peito** - A angina do peito é um desconforto torácico visceral que resulta de isquemia miocárdica transitória. É a síndrome clínica caracterizada por crises de dor ou sensação de pressão na região anterior do tórax. A dor típica pode não estar presente na pessoa idosa pois há uma alteração fisiológica nos neuroreceptores. Fatores que possam levar uma vasoconstrição ou um afluxo reduzido de sangue para as coronárias podem levar a desenvolver rapidamente tal patologia. As manifestações clínicas encontradas podem ser a dor em pressão variando até dor agonizante, podendo irradiar-se para pescoço, mandíbula ombros e faces internas das extremidades superiores. Alguns pacientes queixam-se de dispnéia ao invés de desconforto. O tratamento farmacológico é feito com nitroglicerina, bloqueadores  $\beta$ -adrenérgicos e bloqueadores do íon cálcio. O tratamento clínico inclui o incentivo para a realização de exercícios físicos periódicos não extenuantes, controlar fatores de risco (fumo, controle de pressão arterial), evitar situações que tendem a provocar a angina (ansiedade, estresse, esforço após as refeições em clima frio).

**Infarto Agudo do Miocárdio (IAM)** - É o processo pelo qual o tecido miocárdico é destruído em regiões do coração desprovidas de um suprimento sangüíneo suficiente, em virtude da redução no fluxo sangüíneo coronariano. A sobrevida está acentuadamente reduzida nos idosos cuja taxa de mortalidade é de 20% um mês, e 35 % um ano após o infarto. Assim como na angina, na pessoa idosa, a presença de dor nem sempre está presente, pois há

alterações da resposta dos neurotransmissores que ocorrem com o processo do envelhecimento. A dor, se existir, pode ser no ombro ou na mandíbula, e pode surgir ainda, com menos frequência, uma ligeira indigestão, perda súbita da consciência, estado de confusão, sensação de fraqueza profunda, aparecimento de uma arritmia, evidências de embolia periférica, palidez cutânea, sudorese e pele pegajosa e fria. No idoso, o IAM pode apresentar-se como dispnéia de estabelecimento súbito, a qual progride para edema de pulmão. O tratamento farmacológico consiste em utilizar vasodilatadores, anticoagulantes e trombolíticos. Os analgésicos são utilizados para o alívio da dor. O papel da enfermagem é voltado para o alívio da dor precordial, diminuição das dificuldades respiratórias, estabelecer perfusão tecidual adequada, reduzir a ansiedade, incentivar o auto-cuidado e prevenir complicações.

**Hipertensão Arterial (HA):** A Organização Mundial de Saúde define como hipertenso todo o indivíduo adulto, maior de 18 anos com valores de pressão arterial sistólica igual ou maior de 160 mmHg ou com pressão arterial diastólica igual ou maior que 95 mmHg. Hipertensão é a pressão arterial que se eleva e permanece assim do intervalo normal. A hipertensão arterial continua sendo uma das maiores causas da morbidade cardiovascular, chegando a atingir no Brasil cerca de 15% da população adulta e esta prevalência aumenta com a idade. Esta patologia constitui um importante fator de risco coronário, estando relacionada a 40% dos óbitos por doenças cardiovasculares e a uma maior chance de desenvolver complicações, tais como, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio insuficiência cardíaca. Existem dois tipos de hipertensão arterial (HA): a hipertensão primária e a secundária. HA primária corresponde a 90% dos casos e se caracteriza por não haver uma causa conhecida, enquanto os 10% restantes correspondem a HA secundária, onde é possível identificar-se uma causa para a hipertensão, como por exemplo, problemas renais, problemas na artéria aorta, tumores (feocromocitoma) e algumas doenças endocrinológicas. As pessoas idosas que têm HA frequentemente acordam com cefaléia, têm perdas de memória, e podem ter epistaxe. Tratamento não farmacológico esta relacionado a medidas preventivas como: controle de peso, redução consumo de sal, aprender a dominar o estresse, abandonar o tabagismo, praticar exercício físico e reduzir o uso de álcool. No entanto, se tais medidas não forem eficazes como tratamento será necessário a adesão ao tratamento farmacológico. Existem diversas drogas hipertensivas e que agem em diferentes partes do organismo. Dentre

eles podemos citar: diuréticos, simpatolíticos, betabloqueadores, vasodilatadores, antagonistas do canal de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina.

### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

- monitorar sinais vitais;
- realizar controle rigoroso de pressão arterial;
- estimular exercícios físicos regulares, de baixa a moderada intensidade;
- orientar a importância de dieta hipocalórica e hipossódica, e o não uso de alimentos enlatados, embutidos e condimentados;
- incentivar a restrição do uso de fumo e bebida alcoólica;
- estimular para que se mantenha ou alcance o peso ideal;
- reforçar a importância da minimização do estresse, realizando atividades de lazer e distração.
- ressaltar o uso adequado das medicações, seguindo as doses e horários, conforme a prescrição médica;
- incentivar a adesão ao tratamento, estimulando a participação da família.

### **4.6.3 Problemas geniturinários e glandulares**

Os rins são principalmente responsáveis pela regulação do volume líquido e dos sólidos solúveis do corpo. É sabido que com a idade ocorrem mudanças na composição do corpo. Diminui o conteúdo de água, enquanto aumenta a concentração de gordura. Os rins diminuem de tamanho e perdem a capacidade de concentrar a urina, especialmente à noite. Há uma menor capacidade da bexiga e perda do tônus muscular. A bexiga pode deixar de se esvaziar completamente durante o ato de urinar. Essas alterações fisiológicas acarretam alguns distúrbios urinários incluindo a incontinência e a infecção, sendo estas patologias responsáveis por gerar muitos transtornos na qualidade de vida do idoso.

**Incontinência urinária**— É a perda involuntária ou não-controlada de urina da bexiga. Esta patologia pode atingir pessoas de toda faixa etária sendo, contudo, mais comum na pessoa idosa. Embora a incontinência urinária não seja uma consequência normal do envelhecimento, alterações do trato urinário relacionadas à idade predisõem a pessoa idosa à incontinência. O tratamento para a incontinência urinária dar-se-á segundo a natureza e o fator etiológico. Existem diversas causas reversíveis da incontinência que, uma vez tratadas

eficazmente, faz com que o paciente retorne a micção à normalidade. Algumas dessas causas incluem infecção do trato urinário (ITU), agentes farmacológicos, fatores psicológicos, restrição da atividade e impactação. A correção cirúrgica pode ser indicada no caso de incontinência de esforço. Não só para a pessoa idosa mas como também para todos que sofrem deste distúrbio, a incontinência urinária gera grandes problemas psicossociais como a perda da auto-estima, isolamento social e o embaraço.

**Infecção urinária** – Trata-se do tipo de infecção causada pela presença de microrganismos patogênicos no trato urinário, podendo apresentar ou não sinais e sintomas característicos. O tipo de infecção mais comum acomete a bexiga mas também pode afetar a uretra, próstata e rim.

A infecção no trato urinário é a causa mais comum de septicemia bacteriana aguda em pacientes com mais de 65 anos de idade. A septicemia por Gram negativo resultante de ITU no idoso está associada a uma taxa de mortalidade maior que 50%.

As manifestações clínicas que ocorrem com maior frequência podem ser citadas como dor suprapúbica, desconforto ou sensação de queimação durante a micção, frequência urinária, dor lombar ou nos flancos, ocorrência de febre, hematúria e incontinência. Todavia, os pacientes idosos podem não apresentar sintomas relacionados ao trato urinário e apenas manifestar febre, alteração do estado mental ou hipotensão. Particularmente para as mulheres idosas a infecção urinária está intimamente relacionada com esvaziamento incompleto da bexiga e estase urinária. Já para os homens, a susceptibilidade para a ITU está relacionada à diminuição das secreções prostáticas que acabam por protegê-los da colonização bacteriana da uretra e bexiga. O tratamento médico consiste em antibioticoterapia. Este tratamento deve ser iniciado assim que for detectada a infecção, devido à elevada mortalidade associada a septicemia no idoso.

#### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

- orientar quanto a ingesta adequada de líquidos, cerca de dois litros ao dia;
- assegurar ambiente favorável e de fácil acesso ao banheiro, com iluminação suficiente, colocando também comadre/papagaio ao alcance do idoso;
- orientar para que o idoso use roupas de fácil colocação e retirada;
- ensinar exercícios específicos para a reeducação da atividade esfíncteriana;



- encorajar a ida freqüente ao banheiro, ressaltando a importância do esvaziamento completo da bexiga;
- estimular a realização freqüente de higiene perineal;
- realizar orientações acerca da patologia para que o idoso e sua família possam adquirir segurança emocional;
- encorajar o idoso a participar de atividades, a fim de prevenir o isolamento social;
- apoiar familiares cuidadores;
- levantar queixas álgicas e outros desconfortos.

**Câncer de Próstata-** É o câncer mais comum nos homens acima de 55 anos. Dados revelam que o CA de próstata é a segunda causa de mortes em homens. Inicialmente raramente aparecem sintomas como resultado; eles começam a aparecer a partir do momento em que há obstrução urinária. Comumente o CA de próstata pode levar a metástases em ossos e linfonodos, podendo com isso, aparecer alguns sintomas característicos: dor nas costas e no quadril, desconforto perineal e retal, anemia, perda de peso, fraqueza, náuseas e oligúria. Felizmente, o CA de próstata pode ser detectado precocemente e ter-se então, uma alta probabilidade de cura. Para tanto faz-se necessário a realização do exame preventivo de CA de próstata que consiste em palpação retal da glândula e que deve ser indicado para homens com idade superior a 40 anos ou com história familiar. A maioria dos CA de próstata é diagnosticado quando o homem procura o serviço de saúde por sintomas de obstrução urinária ou após serem encontradas anomalias no exame retal digital. Além deste exame, utiliza-se também o exame laboratorial sanguíneo para a dosagem do antígeno prostático específico (PSA), que deve ter o seu valor não superior a 4 mg/dl. Outro exame diagnóstico hoje muito utilizado é a realização da biópsia de próstata guiada por ultrassonografia. Se estes exames derem positivos para a malignidade, o tratamento consistirá em abordagem cirúrgica, radiação, terapia hormonal e quimioterapia.

A enfermagem constitui papel importante no que diz respeito a prevenção de CA de próstata a partir da educação em saúde. Quando a doença já está instalada, a enfermeira deve então orientar e dar apoio emocional ao idoso e sua família.

**Câncer cérvico-uterino-** Este é o tipo de câncer mais comum encontrado entre as mulheres de vários países da América Latina e do Caribe. Estima-se que ao ano, uma em cada mil mulheres destas regiões, de faixa etária entre 30 e 54 anos, desenvolvem o CA cérvico-

uterino. Este câncer trata-se de uma afecção progressiva iniciada com transformações neoplásicas, podendo evoluir para processo invasor no período que pode variar de 10 a 20 anos. A causa etiológica ainda é desconhecida, mas a sua incidência está muito relacionada a fatores como: atividade sexual em idade precoce, multiplicidade de parceiros, DSTs, Papiloma e Herpes vírus, tabagismo, carência nutricional, baixo nível sócio-econômico. As ações de enfermagem dão-se sobretudo, no que se refere à prevenção do CA cérvico-uterino, uma vez que o diagnóstico precoce é fundamental para o tratamento. O diagnóstico e o tratamento das lesões são feitos com o uso de citologia, colposcopia e histologia. Em nível primário não especializado, o método utilizado é o da citologia, que consiste na realização do esfregaço cérvico-vaginal e para posterior análise anátomo-patológica.

**Câncer de mama-** Este é um dos mais freqüentes tumores malignos. Constitui-se no maior problema de patologia mamária. Na região sudeste-sul do Brasil, o CA de mama em mulheres é a maior causa de morte por neoplasia. O diagnóstico e tratamento precoce têm influência significativa na diminuição desta mortalidade. As primeiras manifestações desta patologia consistem no aparecimento de nódulos ou tumores malignos, e quando isto ocorre, eles já existem de 7 a 8 anos. Até o momento, sua etiologia é desconhecida, mas sabe-se que existem muitos fatores que predispõe ao CA de mama como: história familiar de Ca de mama, primeira gestação tardia, disfunções hormonais, nuliparidade, obesidade, menarca precoce, menopausa tardia, não lactação. Existem vários exames para o diagnóstico de CA de mama como a ultrassonografia, biópsia, citologia, mastografia; contudo, o auto-exame constitui-se na forma de detecção mais precoce e mais fácil do CA de mama.

#### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

- estimular e orientar a mulher realizar o auto exame das mamas;
- incentivar a realização do exame colpocitológico regularmente;
- incentivar a realização do exame de toque retal para os clientes do sexo masculino;
- orientar o cliente idoso a procurar cuidados médicos quando observar alterações do hábito urinário, (alterações do jato e freqüência urinária);
- dar apoio emocional para a família e para o idoso portador de ca;
- incentivar a adesão e continuidade do tratamento específico para a patologia;
- orientar família e idoso quanto a patologia, assim como prevenção e possibilidades de tratamento;

reduzir o medo e melhorar a capacidade de enfrentamento;  
estimular a socialização do paciente com outros que se recuperaram bem em circunstâncias similares.

#### **4.6.4 Problemas gastrintestinais**

O aparelho digestivo assim como os demais sofre uma série de transformações com o envelhecimento. Ocorre neste sentido uma tendência geral à atrofia e insuficiência funcional. Dentre as alterações que ocorrem podemos destacar o aplanamento e adelgaçamento das mucosas, com aumento do tecido conectivo, tendência à hipotrofia e hipotonia muscular, redução variável de secreções e enzimas, com diminuição da capacidade de absorção. Dentre os problemas gastrintestinais que mais acometem a população idosa encontramos a constipação e a incontinência intestinal

**Constipação intestinal-** consiste no problema gastrintestinal que mais acomete o idoso. Este fato deve-se a uma menor motilidade e peristaltismo, diminuição na secreção gastrintestinal, bem como uma diminuição no número de células nas superfícies absorventes do intestino delgado, que advém com o envelhecimento. Estes fatores associados à diminuição da ingesta hídrica, atividade física diminuída, dieta pobre em fibras, impulsos nervosos lentos e abuso de laxativo fazem com que as pessoas idosas sejam 5 vezes mais acometidas que as pessoas mais jovens. A constipação intestinal pode gerar distensão abdominal, ruídos intestinais, dor e pressão, apetite diminuído, cefaléia, fadiga, indigestão, sensação de esvaziamento incompleto e fecalomas. O tratamento consiste na educação em saúde no que se refere a mudanças no estilo de vida do idoso o que inclui adequação do hábito alimentar, estimulação de exercício e aumento da ingesta hídrica. Em casos extremos faz-se o uso de enemas e supositórios.

**Incontinência intestinal-** Problemas de dependência relacionado com a eliminação intestinal não afetam inevitavelmente todos os idosos, mas as transformações fisiológicas associadas ao envelhecimento podem contribuir para tal problema; principalmente por consequência da perda de tonicidade muscular do esfíncter do intestino grosso. Neste processo, é importante que a equipe interdisciplinar esteja atenta às crenças e culturas da família e do idoso, pois as tradições orientam ainda, por vezes, os hábitos dos idosos.

### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

estimular a ingestão hídrica (constipação);  
 estimular a adesão à dieta rica em fibras (constipação);  
 orientar a realização de massagem abdominal (constipação);  
 estimular a realização de exercícios específicos para incontinência urinária periodicamente;  
 incentivar a deambulação e mobilização no leito;  
 orientar para ingerir um copo de água morna em jejum, ao acordar (constipação);  
 prevenir ulcerações cutâneas, infecções urinárias e vaginais e constrangimento pela incontinência fecal, realizando constantes higiene perianais;  
 identificar quais os fatores causadores da incontinência intestinal;  
 realizar Fleet enema se necessário e prescrito (constipação);  
 dar apoio psicológico e emocional ao idoso e familiar, incentivando a sociabilização dos mesmos.

#### **4.6.5 Problemas musculoesqueléticos**

No idoso as células musculares e o tecido elástico diminuem, fazendo com que o músculo esquelético atrofie e diminua a sua força. A mobilidade articular torna-se mais lenta. Há uma diminuição de cálcio tornando os ossos mais frágeis e com maior propensão a fraturas. Associado a esses fatores, a pessoa de maior idade geralmente possui uma acentuada cifose. Dos problemas músculo-esqueléticos, podemos destacar a osteoporose, osteoartrose e quedas e fraturas.

**Osteoporose** – É uma doença crônica degenerativa e consiste na diminuição da densidade do osso normalmente mineralizado, sendo então causada por um desequilíbrio entre a reabsorção e a formação óssea durante o processo de remodelação do osso. A população brasileira, nos últimos 30 anos, teve uma progressão no sentido do envelhecimento tão rápida quanto o continente europeu em 100 anos. Os brasileiros então cada vez mais longevos, e, com isso, são cada vez mais numerosos os casos de doenças crônicas degenerativas, que são “típicas” do nosso ciclo vital, entre elas está a osteoporose. Dados recentes nos indicam que 10% da população mundial venha a desenvolver esta doença. Outra incidência é que uma em cada 3 mulheres a partir de 65 anos e uma em cada 2 mulheres acima de 75 anos terão osteoporose. Estas taxas elevadas relacionam-se a mudanças sociais como a diminuição de

exercícios, menor exposição ao sol e uso indevido de narcóticos como cigarro e álcool. A osteoporose é classificada em 3 grupos: a primária (relacionada à privação hormonal); a secundária (de causas variadas) e a senil que é a osteoporose que acomete idosos de ambos os sexos principalmente após os 65 anos, e atinge os ossos aproximadamente 1% ao ano. As manifestações clínicas da osteoporose só são detectadas quando há uma perda óssea maior que 30 a 40%. Os principais sintomas são dores generalizadas, diminuição da estatura e fraturas ósseas. O tratamento não medicamentoso está relacionado a uma dieta rica em alimentos com cálcio e vitamina D, bem como a atividade física e a exposição ao sol. O tratamento medicamentoso pode ser realizado com o uso de drogas bloqueadoras da reabsorção óssea, drogas da formação óssea ou drogas coadjuvantes (cálcio e vitamina D).

**Problemas articulares** – Dentre os problemas articulares destacamos as doenças do tecido conjuntivo frouxo, que se refere ao grupo de distúrbio de natureza crônica caracterizado por inflamação e degeneração deste mesmo tecido. Citamos entre elas a artrite reumatóide e a osteoartrite. A primeira nada mais é que uma reação auto-imune que ocorre no tecido sinovial. Enzimas localizadas na articulação afetada degradam o tecido causando edema e formando grânulos, estes destroem e erodem o osso causando deformidades articulares.

A frequência desta doença aumenta com a idade e nos adultos maiores de 65 anos é de 1,8% nos homens e de 4,9% nas mulheres (Burke & Walsh, 1998). As manifestações clínicas resumem-se em dor articular, sinais flogísticos locais e diminuição da função articular. Inicialmente o tratamento começa com a educação em saúde, realizando equilíbrio entre repouso e atividade. No tratamento farmacológico usa-se preferencialmente drogas antiinflamatórias não esteroidais.

A osteoartrite por sua vez é uma doença articular degenerativa. Ela tem sido classificada como primária (idiopática) e secundária. Esta doença costuma iniciar-se na terceira década de vida, atingindo o seu pico entre quinta e sexta década. Constitui-se na segunda maior causa em importância de incapacidade. Dor, rigidez, comprometimento funcional e limitação dos movimentos articulares são os sintomas para esta patologia. O tratamento não farmacológico inclui a redução do peso corporal, prevenção de traumas, diminuição de estresse do trabalho músculo esquelético. Por sua vez o farmacológico consiste no uso de antiinflamatórios não esteroidais.

**Quedas e fraturas** – No Brasil, o risco de fraturas somam mais de 10 milhões em mulheres, sendo que as fraturas do colo femural correspondem, hoje, a um elevado risco de mortalidade estimado entre 15 e 20%. Cerca de 4 em 10 mulheres sofrerão uma ou mais fraturas por osteoporose durante a vida. As quedas, por sua vez, são problemas de saúde freqüentes e importantes que afetam a motilidade de muitos idosos. Estima-se que, por ano, de 28 a 30% da população de idade maior sofre uma queda.

A debilidade muscular pode ser resultante de vários fatores que contribuem, isolada ou conjuntamente, para o acontecimento das quedas nos idosos. Entre estes fatores, 4 são de maior importância : envelhecimento do sistema musculoesquelético, efeitos de uma doença crônica e dos medicamentos utilizados para tratá-la, estilo de vida sedentário e má nutrição. Os cuidados com quedas e fraturas inclui prevenção de acidentes, cuidados após a queda e reabilitação para restabelecer a função do membro afetado.

#### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

estimular a ingestão de alimentos ricos em cálcio;

refletir com o paciente e família a diminuição da ingestão de álcool, bebidas cafeinadas e o uso do cigarro;

discutir sobre a importância do banho-de-sol diário de 15 a 30 minutos no início da manhã ou no final da tarde;

estimular a realização de exercícios físicos regulares;

proporcionar conforto e alívio da dor através de medicamentos prescritos, bem como auxiliar o cliente a encontrar uma posição confortável;

orientar paciente e familiar quanto a medidas de prevenção de quedas, como deambular em ambiente iluminado, livre de tapetes, auxílio de muletas e bengalas quando necessário.

#### **4.6.6 Alterações neurológicas**

O cérebro diminui de tamanho e peso com o avançar da idade. Há aumento da quantidade de uma substância não ativa chamada amilóide. Ocorre diminuição dos neurotransmissores, resultando em uma lentidão dos reflexos. Há uma menor capacidade para reagir a estímulos múltiplos. Diminui o número de neurônio, porém aumenta o comprimento dos. Tudo isso contribui para que o processo de pensamento e a aprendizagem se tornem mais lentos e as pessoas idosas precisem de mais tempo para raciocinar. A memória permanece

intacta, embora, a memória recente pode diminuir com o avançar da idade. Dentre as patologias neurológicas que mais acometem o idoso, citamos o acidente vascular cerebral (AVC), doença de Alzheimer (DA) e doença de Parkinson.

**Acidente vascular cerebral** - O AVC nada mais é do que a interrupção do suprimento sanguíneo para parte do cérebro, resultante da evolução de doenças vasculares cerebrais crônicas como trombose, embolia cerebral, isquemia e hemorragia cerebral. Dentre as manifestações clínicas o AVC pode causar uma grande variedade de défice neurológicos, isso dependendo de sua localização e extensão. O paciente acometido pela patologia poderá apresentar perda motora, perda na comunicação, distúrbios perceptivos, comprometimento cognitivo, efeitos psicológicos e disfunção vesical. O efeito neurológico subsequente do AVC completo pode durar semanas ou toda a vida do paciente. Cerca de um quarto dos pacientes com AVC completo agudo morre durante a hospitalização. Entre os sobreviventes, cerca de 40% dos pacientes com AVC agudo têm boa recuperação funcional. O tratamento médico consiste no uso de diuréticos para reduzir o edema cerebral, anticoagulantes e antiplaquetários para evitar o maior desenvolvimento da trombose ou embolização. O cuidado de enfermagem está voltado para o apoio emocional ao cliente e família, bem como auxiliar no processo de reabilitação do idoso.

#### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

- dar apoio emocional à família e ao idoso;
- incentivar a família a integrar-se no cuidado ao idoso;
- realizar a monitoração da PA;
- estimular a adesão do paciente a uma dieta hipossódica e hipocalórica;
- adequar a consistência da dieta se o idoso estiver com dificuldade para deglutir;
- estimular o idoso a realizar a reabilitação;
- orientar quanto a importância de exercícios ativos e passivos no leito;
- realizar mudanças de decúbito freqüentes quando o idoso estiver acamado;
- promover o conforto ao idoso combatendo posturas viciosas.

**Doença de Alzheimer** - É uma doença degenerativa, progressiva e irreversível e para a qual ainda não existe prevenção e poucas são as alternativas de tratamento farmacológico.

A incidência da doença vai aumentando com o passar da idade, sendo que é a maior responsável pelos aumentos de demência nos ocidentais (55,6%). No Brasil apresenta-se em torno de 54% e estima-se que 1.200.000 pessoas tenham a doença e, a partir do momento em que a expectativa de vida do brasileiro aumenta, espera-se também que o maior número de pessoas recebam o diagnóstico da doença.

O diagnóstico da doença é feito pelas causas de demência, observando-se evidências de lesão estrutural ou não e se essa lesão causa comprometimento ou não. A doença tende a se manifestar com distúrbio progressivo de memória, sendo que a síndrome neuropsicológica predominante também pode apresentar distúrbios de comportamento. A doença inicia-se, então, de duas formas: pelo acúmulo de proteína beta amiloide formando a placa neurítica ou pelo emaranhado dentro do neurônio formado pela proteína TAU.

Alguns fatores de risco são: idade (se sobrevivermos suficientemente talvez todos possamos desenvolver a doença); história familiar; traumas de crânio repetido; o sexo feminino tem mais prevalência; baixa escolaridade; fatores vasculares (HAS, hipercolesterolemia); Síndrome de Down. A genética pode influir ou não.

O uso de anti-inflamatórios diminui a incidência da doença. O uso de estrogênio também. A alta escolaridade pode ser tida como um fator de proteção. O tratamento baseia-se na sintomatologia. Os fatores sintomáticos são consequência da falta de acetilcolina, devido ao comprometimento dos núcleos colinérgicos. Usam-se drogas que inibem a degradação da acetilcolina (inibidores da acetilcolinesterase). Também são usados antioxidantes, que fazem com que a doença progrida mais lentamente. Hoje há uma grande expectativa em função do desenvolvimento de uma vacina, já testada em animais.

**Doença de Parkinson** – Trata-se de um distúrbio neurológico progressivo, idiopático, que afeta os centros cerebrais responsáveis pelo controle e regulação do movimento. Tem sua maior incidência em homens com mais de 40 anos. É caracterizada por bradicinesia, tremor e rigidez muscular. Dentre as manifestações da doença podemos encontrar: mentais (lentidão de pensamento, demência leve), autonômicas (dificuldades sexuais, constipação), posturais (posição encurvada e fletida), e motoras (astenia e hipocinesia). As causas de morte estão relacionadas com complicações secundárias à doença, como pneumonias, infecções do trato urinário, quedas e acidentes. O tratamento deve ser dado com o intuito de melhorar a mobilidade do paciente através de exercícios, incentivar



atividades sociais, dar apoio emocional, capacidade de enfrentamento, um plano consistente de farmacoterapia e como último recurso, intervenção cirúrgica.

### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

orientar a família e o idoso sobre o curso da doença;  
orientar sobre a importância do tratamento medicamentoso;  
dar apoio emocional ao idoso e sua família;  
incentivar a família a integrar-se no cuidado ao idoso;  
estimular o idoso e família a realizar atividades evitando o isolamento social;  
incentivar os familiares a fazerem rodízios no cuidado ao idoso;  
estimular os familiares a participarem de grupos de ajuda mútua;  
adequar objetos de uso diário garantindo maior segurança;  
estimular o familiar cuidador a praticar exercícios de memória com o idoso portador de Alzheimer.

### **4.6 7 Doenças metabólicas**

No idoso, devido a um distúrbio na secreção de hormônios, o sistema endócrino é atingido por problemas comuns. Tanto o excesso como a deficiência de determinados hormônios podem provocar diversas patologias relacionadas a este sistema. Dentre as doenças metabólicas que acometem o idoso, o *Diabetes mellitus* (DM) constitui-se em um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações, mais evidenciado na população idosa, uma vez que a incidência de DM aumenta com a idade.

***Diabetes mellitus*** - É um distúrbio endócrino metabólico que se manifesta por uma deficiente função secretora do pâncreas e/ou uma diminuição da capacidade corpórea em responder à insulina. O DM pode ser classificado em 4 tipos: DM tipo 1 (insulino-dependente – antes dos 30 anos), DM tipo 2 (não insulino-dependente – acima de 30 anos), DM associada a outras patologias e DM gestacional. As pessoas idosas, por sua vez, são acometidas de forma geral pela DM tipo 2, pois suas células não são receptivas à insulina. Alguns fatores podem contribuir para o desenvolvimento desta como a idade, obesidade, história familiar, grupos étnicos e sedentarismo. Caso surjam sintomas para este tipo de DM, eles são

geralmente mais brandos que a DM tipo 1, podendo então incluir a fadiga, irritabilidade, poliúria, polidipsia, feridas com lenta cicatrização, infecções vaginais. As complicações que mais acometem podem ser resumidas como hipoglicemia (taxa de glicose abaixo de 50 a 60mg/dl, tremor, taquicardia, palpitação, fome, cefaléia, confusão, sonolência, visão dupla e até convulsões), cetoacidose diabética, síndrome hiperosmolar não cetótica, complicações macrovasculares e microvasculares (exemplo: pé-diabético). O tratamento inclui dieta, exercícios, monitorização, educação em saúde e uso de agente hipoglicemiantes quando necessário.

#### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

- orientar quanto a importância de se realizar dieta com pouco açúcar;
- estimular a realização de exercícios físicos como auxílio na redução da glicemia;
- esclarecer dúvidas sobre a patologia, reforçando os principais sinais e sintomas, tratamento e complicações;
- incentivar a realização periódica de exames laboratoriais e hgt para o controle da glicemia;
- ensinar os principais sinais e sintomas de hipo ou hiperglicemia, para que o idoso e família saibam detectar as alterações glicêmicas;
- orientar para que o idoso realize acompanhamento periódico com o oftalmologista, para que se previna a retinopatia diabética;
- reforçar a necessidade de cuidados com os pés;
- orientar para a realização de rodízio subcutâneo, quando do uso de insulino-terapia;
- reforçar os horários e doses de insulina e hipoglicemiantes orais, conforme prescrição médica;
- inserir a família na participação do cuidado do idoso.
- promover a adesão ao tratamento, estimulando a participação do idoso em grupos de convivência e programas específicos para diabéticos.

#### **4.6.8 Problemas nutricionais**

A nutrição sadia na velhice não é diferente da nutrição normal do adulto. A necessidade de receber adequadamente proporções e diversidade de todos os tipos de nutrientes, é da mesma forma importante como em um adulto jovem. Idosos saudáveis, socialmente integrados não têm maior probabilidade de adquirirem problemas nutricionais do

que pessoas de qualquer outra idade. Mas, suas necessidades calóricas e absorção de nutrientes essenciais estão influenciadas devido vários fatores, tais como: diminuição da atividade física, percentual aumentado de tecido adiposo, capacidade de mastigação prejudicada, diminuição da salivação e das secreções da maioria das enzimas digestivas, diminuição da capacidade digestiva e absorção intestinal, eventuais alterações endócrinas, diminuição do sentido do olfato e sensibilidade gustativa e condições emocionais e psicossociais adversas. Devido a estes fatores, o idoso poderá estar mais propenso à desnutrição que é também um grande problema de saúde em nosso país e contudo nesta parte da população. E além deste problema, podemos citar as anemias que ocorrem na terceira idade com alguma frequência.

**Desnutrição:** a desnutrição é definida como uma doença carencial, causada por dieta deficiente em um ou mais nutrientes essenciais. No idoso, a desnutrição poderá ser causada por doenças que reduzem o apetite, diminuem a absorção de nutrientes ou aumentam a necessidade destes, drogas que afetam a ingestão ou absorção nutricional, ignorância sobre uma adequada alimentação e preparação, problemas dentários, isolamento, depressão, problemas mentais, habilidade física diminuída, alcoolismo e renda financeira baixa.

**Anemia-** Entre todas as afecções hematológicas que podem acometer as pessoas idosas, a mais freqüente é a anemia. A anemia é caracterizada pela diminuição de glóbulos vermelhos e da quantidade de hemoglobina necessária para suprir as exigências metabólicas do organismo.

Gomes (1985, p. 85) afirma que embora os idosos sejam chamados de anemiados crônicos, a anemia que acomete esta faixa etária ocorre menos pelo processo de envelhecimento e mais como consequência das afecções diversas que são acometidas.

As anemias que mais acometem os idosos incluem as carenciais, as pós-hemorragicas e as secundárias às patologias, uma vez que as anemias aplásticas e hemolíticas não são tão freqüentes. Dentre estas anemias acima referidas, a que ocorre com maior freqüência na população idosa são as anemias resultantes de deficiência por substâncias essenciais. A primeira delas é a anemia ferropriva que se dá pela deficiência de ferro no organismo e se constitui na mais freqüente em geriatria. A segunda, consiste na anemia megaloblástica que ocorre devido ao déficit de vitamina B12 e/ou ácido fólico. O tratamento de ambas consiste na supressão da causa e reposição da substância em carência no organismo.

### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

propiciar ao idoso dieta rica em vitaminas e ferro;

ensinar a família a detectar precocemente problemas que possam afetar a ingestão adequada de alimentos (ausência de dentes, próteses desajustadas, lesões bucais);

adequar a alimentação do idoso, respeitando suas preferências, hábitos alimentares e horários;

ressaltar a importância da realização periódica de exames laboratoriais sanguíneos para controle de hematócrito;

reforçar a necessidade de acompanhamento médico;

inserir a família nos cuidados do idoso, estimulando a participação destes em programas de apoio nutricional.

#### **4.6.9 Problemas da pele**

Com a idade avançada há uma perda de gordura subcutânea e elasticidade, resultando no enrugamento da pele. Ocorrem também outras alterações fisiológicas que acabam por contribuir para o desenvolvimento de problemas com a pele do idoso. Dentre eles podemos ressaltar a diminuição da atividade e número das glândulas sudoríparas, diminuição do suprimento sanguíneo para a pele, diminuição da espessura da epiderme e do colágeno. Estes fatos deixam o idoso mais susceptível a traumas solares e ambientais. Um dos problemas mais comuns na pessoa idosa é o aparecimento de úlceras de pressão e câncer de pele.

**Úlcera de pressão** - Diversos fatores contribuem para o aparecimento da úlcera de pressão como a imobilidade, comprometimento da percepção sensorial, diminuição da perfusão tissular, déficit nutricional além de atrito e forças de cisalhamento. O sinal inicial de pressão é o eritema. O mesmo é acompanhado por dor, calor e edema. Em um estágio mais avançado ocorre rachadura da pele, abrasão podendo desenvolver infecção. Com a evolução do estágio, a úlcera estende-se ao tecido subcutâneo, músculo e até mesmo osso subjacente. A necrose e a drenagem pela úlcera então aparecem. A enfermagem possui um papel fundamental na prevenção e no tratamento deste problema. Cabe à equipe criar metas que possam melhorar o estado nutricional, aprimorar a mobilidade e a perfusão tissular e diminuir as áreas de atrito e de umidade. Para o paciente acamado e dependente a ação mais eficaz da enfermagem é a realização da mudança de decúbito a cada 2 horas.

### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

observar e orientar quanto as características da pele, (umidade, integridade, calor e rubor);

atentar-se se houver o uso de equipamentos para restrições;

observar e orientar a necessidade de dieta e hidratação adequadas;

observar a necessidade do uso de colchões especiais (piramidais e d'água);

realizar mobilização e reposicionamento do cliente a cada intervalo de 2 horas;

proteger as proeminências ósseas;

encorajar o cliente, quando possível, a deambular ou mudar de posição freqüentemente;

evitar massageamento em áreas já hiperemiadas;

manter pele limpa, seca e hidratada;

realizar limpeza da úlcera sempre com solução em temperatura corporal;

utilizar curativo adequado para cada estágio da úlcera de pressão.

**Câncer de pele** – Trata-se de uma das formas mais comuns de câncer. A principal causa do câncer cutâneo é a exposição ao sol, sendo que sua incidência está relacionada com o tempo total de exposição. Os tipos mais comuns de câncer cutâneo são o carcinoma de célula basal, o carcinoma de célula escamosa (epidermóide) e o melanoma.

O carcinoma celular basal é o tipo mais comum de CA cutâneo. Sua incidência é proporcional a idade do paciente e a quantidade total de exposição ao sol, sendo inversamente proporcional a pigmentação da pele. Geralmente apresenta um nódulo céreo, com bordas translúcidas, raramente metastisa. O carcinoma de célula parenquimatosa é uma proliferação maligna. Mostra-se como um tumor áspero, espessado, podendo ser assintomático ou apresentar sangramento. É invasivo, podendo originar-se de pele normal, de lesões pré-existentes, ou em pele lesada pelo sol. O seu tratamento é erradicar ou destruir completamente o tumor. Inclui excisão cirúrgica, cirurgia micrográfica de Moh, eletrocirurgia, criocirurgia e radioterapia. À enfermagem cabe principalmente orientação quanto ao auto-cuidado do paciente no pós-operatório. O melanoma maligno é uma neoplasia na qual existem melanócitos atípicos, tanto na epiderme quanto na derme. A incidência é proporcional ao tempo de exposição da pele ao sol e inversamente proporcional a quantidade de pigmentação da pele. O melanoma pode ser de propagação superficial, letiginosos malignos, nodulares ou

letiginoso de extremidades. O seu tratamento depende do nível da invasão e da profundidade da lesão, podendo ser tratados por excisão (se superficiais), larga excisão (se profundos) acompanhados de dissecação do linfonodo regional.

### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

orientar para que o cliente faça banhos de sol em horários adequados, a fim de prevenir o câncer de pele;

realizar manutenção da integridade cutânea, (evitar maior irradiação, ressecamento e drenagens);

observar ingesta nutricional e hídricas adequadas;

promover prevenções infecções e sepses;

esclarecer sobre a patologia e tratamentos acerca do mesmo, promovendo assim a aceitação e auto-imagem do mesmo;

integrar a família no cuidado e estimulá-la a expor suas preocupações e dúvidas.

#### **4.6.10 Problemas ligados à visão e à audição**

As mudanças sensoriais ocorrem aos poucos com o envelhecimento. Tais mudanças acabam por gerar alterações na relação que o idoso tem com o ambiente que o cerca. Estas alterações, por sua vez, acarretam em “desvantagens do indivíduo idoso em relação às solicitações do mundo, o que vale também para as solicitações comunicativas” (MANSUR e VIÚDE, 1996, p.284). Neste sentido, a audição e a visão tornam-se indispensáveis para garantir a autonomia e independência do idoso.

A **audição** constitui-se no primeiro dos sentidos a apresentar perdas funcionais facilmente detectáveis. O envelhecimento auditivo pode iniciar-se já com 30 anos de idade e muitos fatores contribuem para que isto ocorra: fatores tóxicos, metabólicos, mecânicos, neurais, vasculares e ambientais.

A **diminuição da acuidade visual**, por sua vez, aparece também após a terceira década de vida e esta alteração gera diversas mudanças e adaptações na vida do idoso, incluindo as dificuldades para a leitura, necessidade de maior intensidade de iluminação, dificuldade para enxergar à noite e, de forma geral, de realizar as atividades rotineiras com a mesma precisão.

### *CUIDADOS DE ENFERMAGEM*

- orientar para que se utilize de corrimãos em domicílio;
- orientar a retirada de tapetes e o não uso de polidores para o chão;
- indicar claramente a localização de degraus e escadarias;
- orientar a família para que falem com o idoso claramente, devagar e com adequada articulação;
- promover a auto-estima do idoso, estimulando sua integração com a sociedade;
- orientar para que o cliente tenha sempre companhia de familiares para evitar acidentes.

#### **4.6.11 Sexualidade e envelhecimento**

Sexualidade é a maneira como uma pessoa expressa seu sexo. É como a mulher vivencia e expressa o “ser mulher” e o homem o ser “homem” (Papaleo Netto, 1996, p.124). A sexualidade no processo de envelhecimento sofre diversas alterações influenciadas por fatores físicos, psíquicos e sociais. Dentre as alterações físicas e fisiológicas podemos encontrar: a diminuição das fibras elásticas que são substituídas por tecido de cicatrização, não elástico; diminuição da gordura e alterações em sua distribuição; diminuição do tônus e trofismo muscular; alterações do aparelho locomotor; alterações circulatórias e respiratórias. Em se tratando dos fatores psíquicos, Labby (Atkinson 1989, p. 494), descreve que: “ Durante a doença, a perda do sentido de integridade, sobretudo no que se refere à imagem corporal, pode causar uma grande ansiedade em torno da capacidade de funcionar sexualmente; os sentidos de auto-valorização e de ser atraentes para os outros são ameaçados numa ocasião em que a necessidade de intimidade é máxima” . Este mesmo autor ainda completa dizendo que a hospitalização resulta em “privação sexual” , devido a falta de privacidade, oportunidade e atenção dirigida às outras necessidades e problemas de saúde. Considerando-se os fatores sociais responsáveis por alterações na sexualidade durante o processo de envelhecimento, podemos destacar a influência do grupo de convívio social ao qual o idoso pertence, que associado às influências culturais e preconceitos, acabam por fazer da sexualidade como algo impróprio e incomum para o idoso.

#### ***CUIDADOS DE ENFERMAGEM***

A enfermeira deve, frente a sexualidade no idoso, primariamente estar ciente e respeitar as crenças e valores ligados às questões sexuais. Deve também, além de fornecer informações sobre as modificações fisiológicas ocorridas, estimular a comunicação e mostrar-

se aberta à discussão do assunto e discutir sobre as formas de contágio de DST e AIDS e o uso da camisinha.



## **5 METODOLOGIA**

A prática assistencial foi desenvolvida na unidade de Clínica Médica II do Hospital Universitário/UFSC. Este Hospital foi inaugurado em 2 de maio de 1980 e está localizado no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo subordinado à Reitoria da mesma. A unidade em questão consiste de assistência clínica mista, possuindo 29 leitos e tendo internados pacientes de ambos os sexos e de patologias diversas, sobretudo crônico-degenerativas incluindo problemas neurológicos, cardiovasculares, endocrinológicos e hematológicos. Este foi o principal fator que nos levou a optar por esta unidade para o desenvolvimento de nossa prática assistencial, uma vez que estes tipos de patologias acometem sobretudo, a população idosa. O enfoque da prática assistencial foi o adulto acima de 55 anos portador de multipatologias crônicas, pois esta faixa etária já vivencia o processo de envelhecimento, ficando assim susceptível às patologias inerentes a tal processo, mesmo porque o NIPEG-HU/UFSC (Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Gerontogeriatrica) realiza o atendimento gerontogeriatrico a partir desta idade.

O idoso e seu familiar foram assistidos durante o processo de hospitalização, onde após sua alta deu-se continuação do cuidado no domicílio, quando necessário. Esta assistência estimulou o auto-cuidado, a autonomia e independência do idoso, bem como visou a participação da família no cuidado do mesmo através da educação em saúde.

A metodologia utilizada em nossa prática assistencial foi embasada nos processos de enfermagem sugeridos por Paterson e Zderad e Horta.

Para Paterson e Zderad, o processo de enfermagem é uma metodologia que compreende e descreve as situações de enfermagem. Implica a presença de um problema de enfermagem, que a enfermeira e o cliente solucionarão juntos. A enfermagem desenvolvida pelas autoras inclui uma abordagem fenomenológica, que constitui um método de busca da

compreensão enfermeira-enfermo de forma humana e curativa. Para tanto, neste processo de interação a enfermeira deve primariamente ter auto-conhecimento para que seja capaz de subjetivamente vivenciar o outro. Conhecendo o outro pela intuição ocorrerá um encontro empático, no início da relação EU-TU, através da qual a enfermeira compreende, repentinamente, a experiência do outro. Além disso, a enfermeira deverá ter um conhecimento científico para que seja capaz de atender as necessidade biopsicossociais e espirituais do indivíduo.

A **primeira fase** do processo de Paterson e Zderad inclui o **levantamento de dados**. O mesmo trata-se de uma coleta de dados subjetivos e objetivos sob o indivíduo. Isto é obtido através de observações e interação com o cliente e sua família.

A **segunda fase** é a **análise**, onde a enfermeira utiliza os dados coletados na fase anterior realizando então, uma comparação dos mesmos com as outras realidades conhecidas, com sua própria experiência e a experiência do cliente. Estes fatores associados aos seus conhecimentos científicos possibilita a enfermeira de realizar uma síntese dos dados disponíveis para que então possam ser trabalhados, o que conduz ao diagnóstico.

A **terceira fase**, trata-se do **diagnóstico**. Nesta fase então, é que, através da avaliação e análise dos dados disponíveis, a enfermeira consegue constatar o problema, onde juntamente com o cliente será implementado o planejamento, que constitui-se na próxima fase do processo.

A **quarta fase** inclui então, o **planejamento**. O planejamento descreve uma meta ou resultado a ser conseguido pelo cliente, descrevendo as ações detalhadas que ambos (cliente-enfermeira) devem seguir para alcançar o bem-estar e estar melhor, através de uma relação terapêutica.

A **quinta e última fase** é a **evolução**. Na evolução a enfermeira busca saber se as ações implementadas foram capazes de gerar mudanças comportamentais no cliente, se houve alguma modificação positiva em relação ao bem-estar do mesmo, não preocupando-se assim, com o comportamento resultante, mas com o significado da experiência para o cliente.

Para Wanda Horta o processo de enfermagem visa sobretudo, alcançar as necessidades básicas do indivíduo. Este processo é composto de 6 fases que serão descritas a seguir.

O **primeiro passo** trata-se do **histórico de enfermagem**. Este consiste em uma coleta de informações subjetivas (diálogo) e objetivas (exame físico, dados laboratoriais) baseada em um roteiro pré-estabelecido e sistematizado que visa o levantamento de

problemas do cliente. É a partir do histórico que a enfermeira realiza os passos seguintes do processo.

**O segundo passo é o diagnóstico de enfermagem.** São os problemas levantados com base no histórico, isto é, a identificação das necessidades que o indivíduo apresenta e que necessitam serem atendidas pela enfermeira. É com base no diagnóstico que a mesma consegue classificar o cliente e família segundo o grau de dependência e extensão, e compreender assim, que tipo de plano deve ser implementado para aquela situação. Essas necessidades humanas básicas são definidas por Horta (1979, p.38) como sendo estado de tensões conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais.

Horta, baseada em João Mohana, classifica as necessidades em três: psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais.

*Necessidades psicobiológicas:* oxigenação, hidratação, nutrição, eliminação, sono e repouso, exercício e atividades físicas, sexualidade, abrigo, mecânica corporal, motilidade, cuidado corporal, integridade cutâneo-mucosa, integridade física, regulação (térmica, hormonal, neurológica, hidrolissalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular, locomoção), percepção (olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa), ambiente, terapêutica.

*Necessidades psicossociais:* segurança, amor, liberdade, comunicação, criatividade, aprendizagem (educação à saúde), gregária, recreação, lazer, espaço, orientação no tempo e no espaço, aceitação, auto-realização, auto-estima, participação, auto-imagem, atenção.

*Necessidades psicoespirituais:* religiosa ou teológica, ética ou de filosofia.

Os três grupos de necessidades estão intimamente interrelacionadas, não podendo ser vistas de forma separada ou individual, uma vez que estas compõem o todo do ser humano, um todo de um ser que é indivisível.

**O terceiro passo inclui então, o plano assistencial.** Com base nos problemas levantados na fase anterior, é realizada uma assistência global. Esta assistência é feita de forma sistematizada que inclui a orientação, ajuda e execução de cuidados, assim como encaminhamentos e supervisão.

**O quarto passo é o plano de cuidados ou prescrição de enfermagem.** Consiste na implementação do plano assistencial com o intuito de guiar a prática diária da enfermagem na execução dos cuidados adequados às necessidades individuais de cada cliente.

O quinto passo consiste na **evolução de enfermagem**. A mesma trata-se de uma avaliação periódica da resposta do cliente frente aos cuidados prestados.

O sexto e último passo trata-se do **prognóstico**. É um meio de avaliação do processo em si. Busca saber se o indivíduo é capaz de alcançar suas necessidades básicas por si mesmo, e se os objetivos traçados pela enfermagem foram satisfeitos.

Neste sentido, para a prática assistencial, o processo de enfermagem utilizado, foi o de Horta inserido/adaptado ao modelo *Weed*, em prática no HU. Houve uma fusão desta adaptação ao processo apresentado por Paterson e Zderad.

O Modelo *Weed* está subdividido em quatro componentes: banco de dados iniciais (histórico de saúde, observações, exame físico, resultado dos exames complementares); lista de problemas ou diagnóstico, plano terapêutico ou assistencial; evolução (Rabello et al, 1990, p.49)

O processo então foi composto de seis momentos que designamos como etapas, a saber:

**Primeira etapa:** esta constitui-se de dois momentos. O primeiro foi o **auto-conhecimento**. Este tornou-se necessário para que cada membro da equipe fosse capaz de conhecer primariamente a si mesmo, para que então pudesse conhecer o outro subjetivamente. O auto-conhecimento foi indispensável para despertar a sensibilidade necessária para melhor aplicar o cuidado humanizado. O segundo, consistiu na **interação** onde se criou um ambiente empático, de aproximação e de conhecimento entre enfermeira, idoso e familiar para que pudessemos atendê-los de modo humanista e holístico nas suas magnitudes e necessidades.

**Segunda etapa:** Esta etapa constituiu-se no **Histórico de Enfermagem**. Consistiu no levantamento de dados das necessidades não atendidas, através de uma postura humanista. Aqui, foram coletadas informações objetivas e subjetivas a partir das observações, diálogo como o cliente e familiar, interação com os outros profissionais, bem como dados do prontuário e exames laboratoriais. O histórico utilizado foi mesmo do HU baseado em Horta, adaptado para a assistência do idoso hospitalizado e seus familiares acompanhantes. Considerando que nesta proposta incluímos Paterson e Zderad, a interação entre profissional e cliente permaneceu em todas as etapas do processo. Este histórico (em anexo) contém itens que incluem a identificação do paciente, percepções e/ou expectativas do idoso e familiar acompanhante, além de problemas relacionados com as Necessidades Humanas Básicas (psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais). Em casos de necessidade de assistência domiciliar, o histórico foi complementado na residência do cliente, contendo dados sobre o

ambiente doméstico, dificuldades do cuidador e do idoso a quem se prestou assistência, bem como da dinâmica do ambiente domiciliar.

**Terceira etapa:** tratou-se da realização de um *diagnóstico* que é implementado a partir da *análise* dos dados coletados na fase anterior. Constituiu-se então, na identificação das necessidades humanas básicas que precisam ser atendidas. A identificação destas necessidades foi realizada pela enfermeira e por nós em conjunto com o cliente, para que as mesmas pudessem ser atendidas.

**Quarta etapa:** a enfermeira e nós, juntamente com o cliente, realizamos um *planejamento* e o implementamos visando atender as necessidades levantadas no diagnóstico, procurando alcançar o bem-estar e estar melhor da tríade enfermeira-idoso-familiar acompanhante.

Assim, as ações que foram implementadas, agrupam-se segundo as categorias FAOSE do assistir em enfermagem de HORTA, a saber: Fazer, Ajudar, Orientar, Supervisionar e Encaminhar (CARDOSO et al, 1990, p.227).

**Quinta etapa:** esta etapa constituiu-se na *evolução*. A mesma consistiu em uma avaliação periódica diária do resultado da implementação do planejamento. Buscou também analisar se houve alguma mudança frente ao bem-estar do idoso e do familiar cuidador. Para isso foi utilizado o *SOAP*, que divide a evolução em 4 momentos. A letra *S*, representou dados subjetivos relatados pelo cliente, familiar e amigo; *O* indicou dados objetivos observados e/ou medidos, bem como os resultados de cuidados implementados; *A* representou a análise dos dados que levam à identificação de novos problemas e as razões da adoção de novas condutas e *P*, que continha o plano que visava representar a decisão para tomar uma conduta específica baseado em novos dados, na análise e evolução do paciente.

**Sexta etapa:** tratou-se do *prognóstico*, que incluiu uma análise final do processo. Aqui a enfermeira e nós buscamos saber se o idoso foi capaz de atender suas necessidades, buscando autonomia e independência. A família, por sua vez, foi analisada quanto a sua capacidade biopsicossocial de atender ao idoso, bem como de superar seus enfrentamentos. Esta etapa foi decisiva na necessidade de uma continuidade do cuidado ao idoso e familiar no domicílio.

## **6 APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **6.1 Aplicação do processo de enfermagem**

O processo de enfermagem trata de um método seguido e essencial à enfermagem para o desenvolvimento de uma prática sistematizada. Nele constam dados inerentes ao cliente que são imprescindíveis para o seu acompanhamento clínico, emocional e social. Através do processo de enfermagem conseguimos organizar a obtenção das informações e com estas, analisá-las, diagnosticar e encontrar possíveis resoluções de cuidados de saúde no sentido de atender aos problemas da pessoa e às necessidades da enfermagem.

Existem várias teorias de enfermagem. Estas, por sua vez, possuem idéias e entendimentos diferenciados. Em geral, os componentes que fazem a formação do processo de enfermagem são comuns, e são constituídos por: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução. Deve-se lembrar no entanto, que estas etapas são comunicantes entre si e funcionam como um todo integrado.

Assim como já mencionadas no referencial teórico e na metodologia, foram utilizadas duas teorias: Wanda Horta e Paterson e Zderad. A primeira refere-se às necessidades humanas básicas em seu processo; e a segunda, à visão humanística que a equipe de saúde deve ter sobre o cliente, seu familiar e também acerca da própria equipe, procurando sempre estabelecer uma postura empática.

A postura empática, em que se está aberto ao outro, possibilitou-nos cuidar dos clientes de forma humanizada, atendendo às necessidade humanas básicas de maneira ampla, buscando sempre junto com o cliente o seu necessário.

Desenvolver o processo de enfermagem com base nas duas teorias não foi uma tarefa simples e fácil, pois tratou-se sempre de transcender o tecnicismo e o saber científico. Lidar

com a intersubjetividade, tanto do cliente como a nossa, era complexo, porém acreditamos que tal abordagem foi o fator diferencial na assistência prestada e que contribuiu de maneira expressiva para o bem-estar e estar melhor dos clientes e seus familiares.

Para tanto, o auto-conhecimento, por nós muitas vezes abordado em meio a discussões informais, foi fator primordial para o desenvolvimento do processo de enfermagem. Auto-conhecer-se possibilitou despertar em nós a sensibilidade necessária para aplicar o cuidado humanizado e também facilitou a interação com o cliente, seu familiar cuidador, bem como, com os outros profissionais da equipe multidisciplinar. Buscamos sempre, na interação, criar um ambiente empático, que possibilitasse uma aproximação com o cliente e seu familiar cuidador a fim de atendê-los de modo humanista e holístico, contemplando todas as suas necessidades humanas básicas afetadas.

Baseadas nisso, enfocando a interação e a empatia, é que realizávamos o histórico de enfermagem, os diagnósticos de enfermagem, o planejamento, a evolução de enfermagem e o prognóstico, sendo que estas etapas do processo eram realizadas e avaliadas sempre em conjunto com o cliente e seu familiar cuidador.

Estas etapas também constituíram a parte registrada do processo de enfermagem. Os registros do processo de enfermagem de um dos clientes por nós atendido encontram-se em anexo. Apesar de extensos, eles nos auxiliaram na sistematização dos dados. Os registros contemplam todo o levantamento de dados objetivos do cliente idoso, dados que são equivalentes ao histórico de enfermagem, tanto quando o cliente estava hospitalizado, quanto quando o mesmo se encontrava em seu domicílio. A coleta dos dados objetivos também nos levava a aplicação de anexos possibilitando uma avaliação do contexto físico e social mais amplo, além de levantar questões referentes à autonomia e independência de cada idoso. Também há questões subjetivas cujas respostas permitiram conhecer o cliente em sua singularidade para que então pudéssemos fornecer-lhe uma assistência melhor e humanizada. O registro das evoluções também nos auxiliava fazer constantes avaliações e reavaliações do quadro do cliente.

Ainda como forma de registro, utilizamos no processo de enfermagem algumas questões baseadas na Avaliação Multidimensional Gerontogeriatrica do NIPEG, bem como os anexos desta avaliação, a saber: Modelo Geronte de Autonomia nas Atividades da Vida Diária; Inventário de Depressão de Beck; Questionário Sobre Marcha; e Miniexame do Estado Mental, que enfocaram a especificidade da clientela idosa. Estes, possibilitaram a observação da evolução do estado saúde/doença do cliente idoso de maneira simples e

facilitadora, tanto em ambiente hospitalar como também domiciliário. Os registros também contemplaram questões norteadoras ao ser familiar cuidador. Através destes, as tomadas de decisões para o desenvolvimento das prescrições de enfermagem tornaram-se mais precisas.

Porém, vimos também algumas limitações na aplicação do processo, uma vez que a enfermagem domiciliária é uma prática pouco sistematizada, e por esta razão, sentimos insegurança na realização desta prática. Além disso, também sentimos dificuldades na assistência domiciliária devido às precárias condições sócio-econômicas do cliente/família atendidos, tornando nossas ações limitadas, impossibilitando-nos de atender, de maneira integral, às necessidades humanas básicas afetadas.

## **6.2 Realização dos objetivos e sua avaliação**

**1. Realizar a revisão bibliográfica referente ao tema e outras atividades que possam embasar a prática assistencial proposta e contribuir para aprimoramento do saber, promovendo o auto-conhecimento.**

Foi realizada uma revisão de literatura em livros específicos (como: Papaleo Netto, 1996; Duarte & Diogo, 2000); periódicos; publicações e internet, da qual obtivemos uma visão mais ampla referente ao ser idoso e seu processo de saúde/doença. Além do processo fisiopatológico, procurou-se ainda conhecer os elementos relacionados aos aspectos sociais e psicobiológicos, buscando compreendê-lo em sua interação com o meio social. Voltando para a especificidade do cuidado de enfermagem, procurou-se identificar metodologias próprias para desempenho da função do enfermeiro junto a uma demanda de cuidado da clientela idosa e seu familiar cuidador.

Foi uma constante a busca por temas e assuntos relacionados à saúde do idoso. Assim, contamos com encontros periódicos da orientadora e enfermeiras supervisoras cujos momentos eram geradores de boas discussões e, conseqüentemente, de uma valiosa contribuição para o nosso enriquecimento, tanto individual quanto profissional.

Outrossim, os nossos conhecimentos foram complementados com a participação em eventos científicos, destacando:

III Congresso Sul- Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, que aconteceu no período de 6 a 8 de setembro de 2001, na Associação Catarinense de Medicina, em Florianópolis, sendo promovido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, cuja programação



contou com cursos: Geriatria e Gerontologia; conferências; colóquios; mesas-redondas; apresentação de temas livres e exposição de painéis. Os temas abordados incluíram o processo saúde-doença do idoso e seus cuidados específicos; sexualidade; processo de morte; cuidados domiciliares; familiar cuidador e suporte social, sempre enfatizando o cuidado holístico e humanizado ao idoso e aos familiares que o acompanham.



Participação no III Congresso Sul- Brasileiro de Geriatria e Gerontologia

V Simpósio sobre a Doença de Alzheimer, evento aberto à comunidade, realizou-se no dia 21 de setembro de 2001, no Auditório da Reitoria da UFSC, caracteriza-se pela interdisciplinaridade cuja temática foi abordada por diversos profissionais da saúde: nutricionistas, fisioterapeutas, médicos, psicólogos e enfermeiros, centrando a discussão em torno dos familiares e dos cuidadores. Ter participado deste evento aguçou nosso olhar para uma realidade, agora mais próxima e concreta para os cuidados de enfermagem junto ao portador de Alzheimer e seus familiares. Outro fato relevante deste Simpósio foi a nossa participação na comissão organizadora do evento, desenvolvendo atividades como: reuniões de planejamento, propaganda, montagem das pastas dos participantes, confecção de crachás. No dia do Simpósio auxiliamos na secretaria, realizado inscrições e preparando os materiais audio-visuais para as conferências; auxiliamos ainda na organização do *coffe break* e na direção e presidência de duas salas. A participação na comissão organizadora do Simpósio despertou um espírito de liderança, de capacitação para a realização das atividades



administrativas, oportunizando um aprendizado de organização de um evento e, sobretudo, funcionou como um “ensaio” para o desenvolvimento da prática para educação em saúde.

Implementar o objetivo nos fez sentir mais preparadas frente ao processo de viver do ser-idoso e ser-família, uma vez que os conhecimentos adquiridos foram necessários e indispensáveis para uma atuação mais segura e eficaz. Possibilitou também aperfeiçoar e atualizar os conhecimentos, contribuindo para um amadurecimento pessoal e profissional, apoiado no cuidado humanístico. Assim sendo, Leopardi (1999, p. 135) segundo as idéias de Paterson e Zderad, afirma que “ para que o enfermeiro possa abrir-se para a experiência única entre ele e um outro ser humano tem que se preparar, expondo-se a uma gama de situações e estudos”.

## **2. Conhecer a estrutura e funcionamento da unidade onde a prática assistencial foi desenvolvida.**

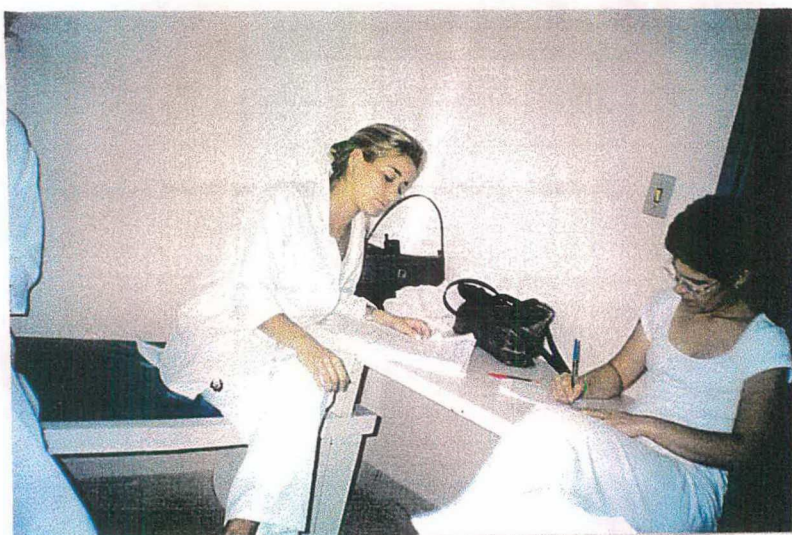
Foi realizada uma visita prévia à unidade onde o estágio se desenvolveu. Neste dia, observamos a estrutura física; localização de materiais e produtos, bem como, tivemos o primeiro contato com os clientes internados. A nossa apresentação ocorreu junto aos servidores da CM-II por Maria Gliolanda de Oliveira Lima, supervisora deste projeto e enfermeira desta unidade. Conhecemos assim, a dinâmica da unidade, seu funcionamento, sua organização e a equipe de trabalho que a compõe. A primeira etapa deste objetivo não nos trouxe grandes surpresas, pois a CM-II já havia sido campo de estágio em outra oportunidade e já conhecíamos a enfermeira e outros servidores, sendo portanto o ambiente familiar.

Em um segundo momento foi apresentado o projeto: “Assistência humanizada ao idoso hospitalizado e à sua família com continuidade no domicílio”, onde foram discutidos os objetivos, a metodologia, período e duração do mesmo.

Este momento foi muito importante e também repleto de medos, isto porque não sabíamos qual seria a reação das pessoas que ali estavam nos assistindo e se seríamos aceitas pela equipe, contudo, percebemos que a relação de trocas e a interação estava apenas começando e com o passar dos dias sentíamos como integrantes dessa equipe. Ajudávamos e éramos ajudados, estabelecendo dessa forma, além de uma relação profissional, um convívio empático. A ansiedade inicial então, logo foi substituída por uma maior tranquilidade à medida que escutávamos frases de incentivo:

*“Sejam bem-vindos!”*  
*“Vocês podem contar com a gente”*

A dinâmica do funcionamento da CM-II foi sendo incorporado com mais presteza na medida em que no transcorrer do estágio foram realizadas atividades administrativas que incluíram: passagem de plantão, visita diária aos clientes internados, encaminhamento e acompanhamento em exames, registros de enfermagem no prontuário do cliente, prescrição de enfermagem, evolução e histórico de enfermagem, recepção de novos clientes, orientações e preparação para a alta hospitalar.



Passagem de plantão



Registros no prontuário

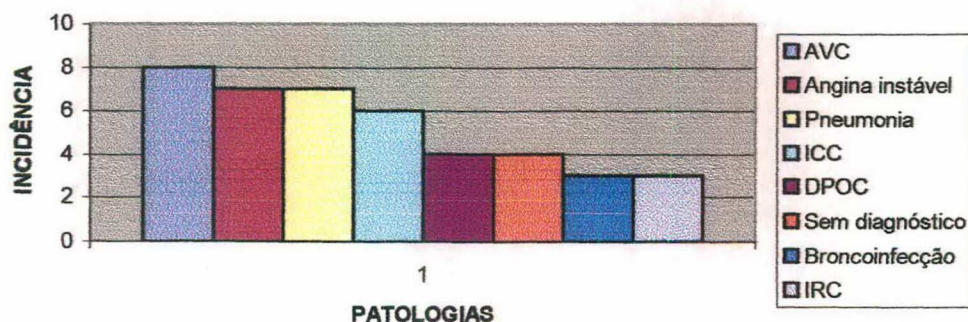


Além disto, durante o período de estágio, realizamos um levantamento de dados com os clientes desta unidade. Os dados foram levantados no período que corresponde ao desenvolvimento deste projeto, de 04/09/01 a 29/10/01. A coleta de dados deu-se periodicamente através do censo e programas computacionais internos da clínica e prontuários dos clientes. Tratava-se das principais patologias que acometeram os clientes idosos internados na CM-II, sua idade, sexo e período de internação. Tal levantamento é importante para conhecermos perfil dos clientes que ali internam, especificamente os clientes idosos. Conhecendo a sua faixa etária, as patologias mais incidentes e seu tempo de internação é possível elaborar um plano de cuidados em enfermagem mais personalizado, e mais específico para aquela clientela. Conhecer o perfil do cliente da CM-II também possibilita a instrução dos servidores daquela clínica acerca de algumas peculiaridades do cliente idoso, já que é ele que ocupa uma razoável parcela dos leitos.

Considerando idoso o cliente com idade superior a 55 anos, durante o período da coleta de dados registramos a internação de 70 idosos com idades entre 55 e 96 anos. Destes, 27 eram do sexo feminino e 43 do sexo masculino, constituindo 39% de mulheres e 61% de homens. Vale ressaltar que a CM-II possui 29 leitos, sendo que destes, 8 são destinados a clientes do sexo feminino, 16 a clientes do sexo masculino e 3 são para ambos os sexos e destinados ao isolamento. Essa ressalva torna-se importante pois nos impede de fazer comparações entre os números de internações dos clientes masculinos com os femininos.

O período de internação médio dos clientes idosos foi de 13 dias. As patologias que constituíram motivos de internação mais frequentes foram: Acidente Vascular Cerebral, Pneumonia, Angina instável, Insuficiência Cardíaca Congestiva, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Insuficiência Respiratória Crônica e Broncoinfecção. A incidência das mesmas está representada no gráfico abaixo:

**Incidência absoluta das patologias que mais acometeram os idosos da CM-II do HU no período de 04/09 a 29/10 de 2001**





Analisando o gráfico acima, pode-se observar que a patologia de maior incidência é AVC. Vale ressaltar que as patologias que foram motivo de internação dos idosos, sem exceção, não apareceram isoladamente, uma vez que estiveram associadas a outras patologias, vindo a confirmar que a presença de multipatologias são características da terceira idade.

Segundo dados do National Center for Health Statistics de 1990 (BRUNNER & SUDDARTH, 1998, p. 124) a hipertensão e as cardiopatias estão entre os quatro distúrbios crônicos mais frequentes entre as pessoas com mais de 65 anos de idade. Segundo Moro e Longo, o AVC, por sua vez, tem sua incidência no Brasil, de 156 casos por 100 mil habitantes (2000, p.19). Conforme pesquisa do Ministério da Saúde<sup>4</sup> as doenças cardiovasculares hoje representam mais de 40% das mortes em nosso país. Podemos perceber que, embora a CM-II atenda apenas clientes nas especialidades de cardiologia, pneumologia, endocrinologia, hematologia e neurologia, podemos perceber que as patologias que tiveram maior incidência nos idosos internados na CM-II estão dentre as que mais acometem a terceira idade também no mudo.

Finalizando, consideramos fundamental ter conhecido o perfil do idoso internado nesta clínica, bem como a realização do contato antecipado com a unidade onde a assistência se desenvolveu, pois nos trouxe maior segurança para o início deste estágio. A inserção no ambiente de trabalho representou uma melhor receptividade por parte dos servidores e uma boa integração com o grupo. Isto foi ainda mais favorecido com a apresentação do projeto para a equipe de trabalho, facilitando a compreensão dos nossos objetivos.

Sendo assim, consideramos este objetivo alcançado, na medida em que mesmo antes da prática assistencial, conseguimos ter uma visão mais ampla da CM-II e a dinâmica daquele contexto.

### **3. Interagir com a equipe de trabalho, buscando uma assistência interprofissional por meio de uma postura interdisciplinar.**

Fomos apresentadas pela enfermeira supervisora a todos os outros profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional. Numa perspectiva de se trabalhar com postura interdisciplinar, buscou-se estabelecer contatos constantes com toda a equipe: nutricionista, assistente social, médicos, psicóloga e profissionais da enfermagem, favorecendo a troca de experiências.

---

<sup>4</sup> Dados obtidos do Ministério da Saúde – [www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm](http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm)., 1999.

O referencial humanístico, nos propõem a um ouvir e atender às necessidades as quais os clientes nos referiam, assim chegando junto a um diagnóstico e a uma maneira satisfatória de encaminharmos o problema. Exemplo disso, várias foram as vezes em que os idosos, ou até mesmo o seus familiares acompanhantes, referiam-nos um hábito alimentar peculiar, especificidades sobre a sua dieta, queixas e desconfortos em questões relacionadas a medicações. Portanto, estas eram encaminhadas e discutidas juntamente com outros profissionais daquela especificidade, na intenção de resolver ou minimizar de maneira conjunta, o problema apresentado pelo cliente. Após a alta, os idosos acompanhados por nós em seus domicílios, quando necessário, eram encaminhados juntamente com a equipe multiprofissional para a realização de consultas. Foram realizados encaminhamentos para equipe vascular, oftalmologia, bem como também ao serviço social, programas de enfermagem ao diabético e hipertenso e exames.

Procuramos estreitar as relações com a equipe de trabalho. A interação com os profissionais da enfermagem se deu de forma mais intensa, pois o nosso contato com eles era constante e era com eles que trabalhávamos mais diretamente. Conversas formais, momentos durante os procedimentos e os registros, a hora do café e até mesmo conversas informais e brincadeiras eram instantes ricos de interação que contribuíram para estreitar relações e estabelecer confiança mútua.



Interação com a equipe de enfermagem na hora do café.



O intercâmbio de informações entre os profissionais deu-se também através do acompanhamento das visitas médicas e da participação na passagem de plantão, possibilitando a interação com esses profissionais, contribuindo para uma complementação de informações específicas dos clientes.

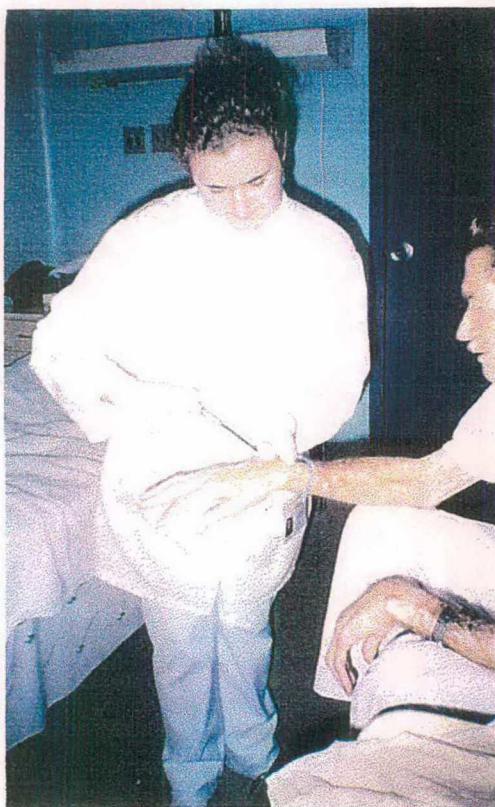
Paterson e Zderad, vêem a enfermagem como um encontro entre as pessoas, permitindo que ambas possam atuar com possibilidades de serem melhores, realizando trocas de experiências e vivências entre a equipe multiprofissional, cliente e familiar. Buscando a aproximação da interdisciplinaridade, procuramos interagir com os profissionais e estar sempre abertas ao diálogo, através de uma troca de informações entre o cliente/familiar, nós e os outros profissionais, resultando num convívio de confiança. O estabelecimento de trocas e de confiança facilitava o desempenho das atividades, contribuindo para um atendimento holístico ao cliente.

Este objetivo foi alcançado à medida em que ocorreu a interação entre os profissionais das diversas áreas da saúde da CM-II possibilitando uma assistência integralizadora ao idoso e familiar acompanhante.

#### **4. Realizar técnicas e procedimentos, de forma humanizada, que possam contribuir para o desenvolvimento de habilidades na prática assistencial.**

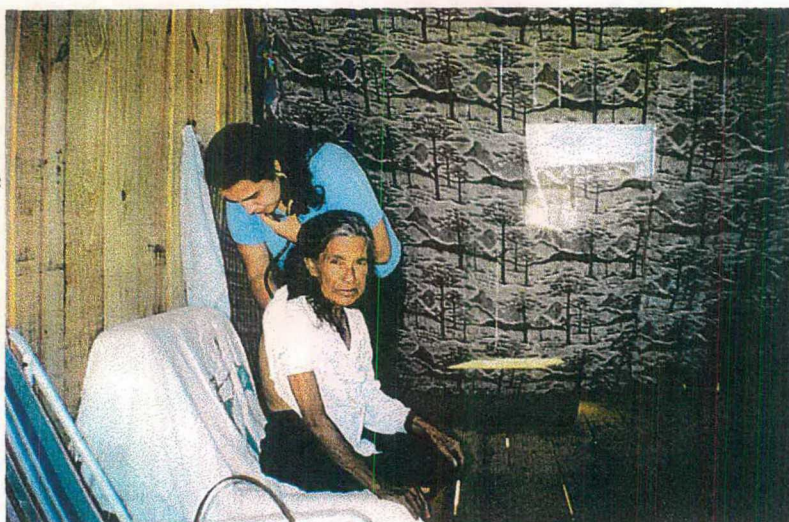
Procurou-se aprofundar conhecimentos e aprimorar habilidades, através da realização de procedimentos de enfermagem mais específicos tais como: punção venosa periférica, punção arterial para coleta de sangue para gasometria, sondagem vesical, curativos simples e complexos, instalação de oxigenioterapia, instalação de bomba de infusão, administração de medicamentos, hemoglicotestes, verificação de sinais vitais, exame físico, atividades de higiene e conforto.

A realização desses procedimentos proporcionou além do desenvolvimento de destreza, um estar junto com o cliente e seu familiar cuidador, favorecendo uma maior interação e fazendo com que todos se sentissem mais seguros a partir de um envolvimento empático. Sempre que possível, respeitando os limites de cada um, o familiar cuidador participava ativamente dos procedimentos técnicos, pois assim poderíamos estar passando informações para o cuidado domiciliário e fazendo com que o familiar cuidador pudesse se sentir como parte integrante do cuidado hospitalar, promovendo o seu bem-estar e estar melhor.



Realização de curativo em cliente durante a internação hospitalar.

Os cuidados foram realizados de forma humanizada, respeitando a individualidade e valorizando os saberes, num reconhecimento das crenças, valores e hábitos, num olhar para além do contato técnico e mecanicista. Todos os cuidados prestados priorizavam estabelecer uma interação com o cliente. Então, antes da realização dos procedimentos, o idoso e seu familiar acompanhante eram orientados e esclarecidos a cerca do mesmo, possibilitando a eles retirarem suas dúvidas e sentirem-se seguros e confiantes.



Ausculat pulmonar em cliente durante a visita domiciliar





Verificação da pressão arterial em cliente durante a visita domiciliar.

Destacamos a satisfação dos idosos frente aos cuidados prestados, expressos por gestos, sorrisos e palavras de agradecimento:

*“ Obrigada. Agora me sinto gente!”* (relato de uma cliente após ter recebido os cuidados de higiene e conforto).

Consideramos este objetivo alcançado, concluindo que além de proporcionar conhecimento técnico-científico nos alertou para transcender o tecnicismo, mantendo uma relação mais estreita com o idoso, seu familiar cuidador e profissional. Sendo assim, a enfermagem ultrapassa os limites do simples fazer, constituindo-se então em “um evento humano relacionado com uma situação de trocas entre pessoas” (Leopardi, 1999, p.134).

**5. Prestar assistência humanizada ao idoso hospitalizado e à sua família, procurando integrá-la ao cuidado do mesmo utilizando o processo de enfermagem adaptado, com base nas teorias de Horta e Paterson e Zderad e adaptado para o contexto desse estudo.**

## **6. Dar continuidade ao cuidado, prestando assistência também no domicílio.**

Agrupamos estes dois objetivos para fazer o relato de como estes se desenvolveram, bem como sua discussão e avaliação. Embora possuam estratégias diferentes, tratam da assistência humanizada, onde um é a continuidade do outro. Em um primeiro momento vamos discorrer sobre a assistência prestada por nós a todos os clientes idosos e seus familiares acompanhantes no ambiente hospitalar. Em um segundo momento daremos ênfase a assistência prestada a alguns clientes no hospital e que tiveram continuidade do acompanhamento no domicílio.

Sempre procuramos buscar com que houvesse uma singularidade entre o cliente idoso, familiar, acadêmicas e demais profissionais, permitindo o reconhecimento do outro e assim implicando em uma relação inter-humana.

Assim sendo, foi primordial conhecermos estas famílias para juntos planejar as metas a alcançar no cuidado deste idoso e para que ele pudesse receber em seu contexto ambiental e familiar, os cuidados de que desejara, favorecendo o seu bem-estar e estar melhor.

Durante a realização do estágio os idosos internados na CM-II foram acompanhados diariamente. Foi dado prioridade ao primeiro contato buscando na interação cliente/família e acadêmicas, estabelecer um encontro empático, entendendo por empatia um estar no lugar do outro. A enfermeira com suas experiências e vivências, tentava colocar-se em uma parte da subjetividade do outro, respeitando seus limites, como também de seu cliente, procurando entender amplamente (não deixando de incluir seu papel cultural, social e suas ideologias e objetivos) o momento que o cliente estava vivenciando e juntamente com ele buscar respostas às questões que o circundavam.

Todos os dias pela manhã íamos fazer visitas aos clientes internados, idosos ou não, juntamente com a enfermeira supervisora. Assim, o contato inicial realizado junto aos mesmos deu-se através da apresentação: quem somos, o que estávamos fazendo ali naquele instante e por que estávamos fazendo isto. Estas questões eram reforçadas, quando necessário, durante as visitas diárias ao cliente e seu familiar acompanhante. Estes, por sua vez, faziam também questão de se apresentar, enfatizando seus nomes, onde residiam, quem era sua família e por que estavam internados. Cremos que este foi um dos momentos mais importantes e indispensáveis, pois com isto, o cliente percebia-se não apenas como “o doente”, mas também como ser humano. Seus medos e dúvidas frente àquela nova situação encontravam apoio em uma equipe aberta para escutar e sensibilizar-se com a “dor” do outro.



A apresentação realizada despertou junto ao cliente e seu familiar acompanhante, um sentimento de segurança e empatia ao profissional que a ele realiza os cuidados. Contudo, em um primeiro momento também emergiram sentimentos de dúvidas, porque não sabíamos qual seria a reação dos mesmos frente a nossa apresentação, ou ainda, se seríamos aceitas. A ansiedade e expectativa aumentavam a cada quarto que entrávamos. Aquele rápido momento em que conhecíamos os clientes, era realmente um instante muito especial, pois sabíamos que ali dar-se-ia o começo de tudo. Mas com o passar dos dias, as visitas que antes era antecedidas por anseios representavam encontros tranquilos e alegres. Isto porque, aos poucos, passávamos a conhecer cada um, e sentíamos também que eles nos conheciam. Quando entrávamos no quarto logo sorriam e muitos já sabiam nossos nomes. Era maravilhoso! Esta aproximação que ocorreu com os clientes durante as visitas foi ainda mais favorecida por termos como exemplo a enfermeira supervisora Maria Gliolanda. Seu tratamento especial para com os clientes, sua dedicação e simplicidade serviu-nos de espelho e nos transmitiu maior segurança para seguirmos em frente.

Nessa vivência podemos perceber que com alguns estávamos mais próximos, éramos um pouco mais “ cúmplices”. Houve um sentimento de empatia que se manifestou através da conversa, do ouvir, do tentar compreender seus sentimentos, do toque, de um gesto de carinho, de doação e do respeito, reconhecendo os limites de ambos, num compartilhar de idéias. A empatia é entendida por nós como o tentar colocar-se no lugar do outro em uma convivência harmônica.

A aceitação mútua tornou possível refletirmos juntos as situações de saúde e doença, procurando assim chegar a um diagnóstico de enfermagem comum. Com base nas necessidades humanas básicas do idoso e familiar, é que as nossas ações eram implementadas, priorizando sempre a vontade e preferência do cliente, não sendo, portanto, algo imposto por nós.

- **Assistência de enfermagem: a busca para um cuidado humanizado**

Buscou-se uma assistência humanizada no decorrer de nossa prática assistencial, para tanto, ações foram implementadas com o intuito de tornar o ambiente hospitalar menos traumático, minimizando os efeitos negativos do processo de hospitalização. Os clientes eram estimulados a saírem de seus quartos e terem contato com outras pessoas, realizando troca de experiências com estas.



Foi então, observado reações diversas. Muitos mostravam-se surpresos ao serem convidados a saírem dos leitos e a caminharem pelo corredor da unidade. Certo paciente, quando convidado para “dar uma volta” indagou: *“Mas eu posso?”*. Fez este questionamento frente a experiência anterior em outra instituição, onde foi repreendido por um profissional da saúde ao caminhar no corredor da unidade em que estava internado. Ressaltamos então ao cliente que mesmo estando hospitalizado ele não deveria se privar das coisas que gostava de fazer e que pudessem ser realizadas ali no ambiente hospitalar. Orientamos também a importância de deambular e do bem estar para a recuperação do seu estado de saúde. A partir de então, o cliente passou a sair do quarto, fazer amigos, conversar com outros clientes e participar de jogos. Havia também aqueles clientes que, por já terem sido internados na instituição outras vezes, faziam papel de facilitadores, chamando os outros clientes, organizando torneios de dominó, estimulando assim o entrosamento entre eles.

Incentivávamos as habilidades pessoais tanto dos clientes como dos seus familiares cuidadores. Eram realizadas atividades de distração como: jogos de baralho, torneio de dominó, desenhos e pinturas, crochê e bordado, ouvir música e assistir à televisão. Para os que tinham a leitura como hábito, revistas eram distribuídas logo de manhã. Percebíamos que estas pequenas, *grandes*, ações eram positivas. Para os acompanhantes, que na maior parte do período permaneciam sentados ao lado do seu familiar, isto servia como distração, minimizava o estresse, segundo os relatos dos mesmos:

*“Querem só ver o que eu faço?... Além de me distrair, posso também ganhar um dinheirinho.”* (Acompanhante nos mostrando seus trabalhos de tricô que fazia enquanto seu esposo encontrava-se internado.)



Torneio de dominó  
na CM-II.



Pinturas de uma cliente durante a internação hospitalar.

Por outro lado, estas atividades, além de servirem de distração, faziam com que, naquele momento, a preocupação sobre o seu estado de saúde e doença fosse desfocada e a saudade do lar fosse minimizada, uma vez que se tratava de atividades que remetiam ao cotidiano destes clientes.

*“Em casa sempre participo de torneios de dominó... Que bom que, mesmo internado, posso continuar jogando.”*

*“Jogar dominó ajuda a passar o tempo. Não preciso ficar só deitado.”*

Além destas atividades de distração, os clientes eram incentivados a realizar trocas de experiências. Estas, por sua vez, foram facilitadas através da promoção de encontro realizado na Sala de Aula da CM – II com clientes que possuíam patologias em comum (HAS e DM). A escolha destes pacientes se deu em virtude do grande número de pessoas internadas devido a complicações advindas da Hipertensão e Diabetes.



Assim, o primeiro momento, constituiu-se em uma conversa informal, no qual os clientes contavam relatos e experiências pessoais, que acabavam por servir como ensinamentos para os outros clientes. A riqueza deste encontro deu-se através da troca de dicas de dietas, alimentações adequadas e atividades físicas.

No segundo momento, aproveitamos para fazer uma atividade educativa, refletindo sobre questões referentes à prevenção de complicações, como: cuidados com a alimentação, importância de exercícios físicos regulares e da realização de atividades de distração e que minimizem o estresse. Houve a distribuição de folhetos explicativos para reforçar as orientações dadas (em anexo). Esta atividade foi considerada pelos clientes participantes como sendo importante, uma vez que possibilitou a troca de informações e de experiências entre eles, além de um maior conhecimento adquirido sobre as patologias e cuidados relativos a estas.



Encontro educativo na sala de aula da CM-II

- **Perfil do idoso e família escolhidos para o estudo: os deuses-humanos do nosso Olimpo**

Para esse estudo foram selecionados e acompanhados 6 clientes idosos e seus familiares tanto no ambiente hospitalar quanto no seu domicílio com os quais aplicamos o processo de enfermagem com base nas teorias de Horta e Paterson e Zderad.

Respeitando e garantindo o anonimato da população em estudo, optou-se em identificá-los com nomes de Deuses Greco-Romanos. Assim como estes deuses são ícones de sabedoria os clientes idosos por nós atendidos também o são, porque suas experiências, vivências, suas construções de história de vida refletem sapiência. São personagens de histórias reais, heróis de batalhas pessoais, aprendizes de seu tempo, exemplos e mestres. Como poucos, sabem esperar serena e pacientemente o amanhecer, comemorando e valorizando a vida em cada instante. Por isso são sábios!

A escolha dos mesmos seguiu os seguintes critérios: idosos acima de 55 anos, residentes em Florianópolis, internados na Clínica Médica-II do HU, preferencialmente possuindo acompanhantes, portadores de patologias que necessitassem de continuidade do cuidado no domicílio, e sobretudo, que houvesse uma empatia por ambas as partes. No primeiro encontro com os clientes, ao nos apresentarmos, explicávamos os nossos propósitos e os objetivos de nossa prática assistencial, esclarecendo que eles fariam parte de nosso estudo, mas garantindo-lhes o anonimato. Frente a sua concordância na participação desse estudo sempre pedíamos para que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) com o qual também nos autorizavam a tirar fotos suas a serem expostas nesse trabalho.

Apolo, no Olimpo, era o deus da música, dos conselhos, curava os doentes. Apolo-homem, adorador da boa música, dançarino nato, amante do canto do Curió. Conselheiro e cuidador da esposa, cuidador também de si. Apolo, possui 64 anos, masculino, casado e católico. Reside somente com a esposa em uma casa de alvenaria, não tendo filhos. Sua esposa possui 78 anos, sendo portadora de hipertensão e já sofreu AVC, apresentando paresia moderada em MSE. Apolo chegou à unidade encaminhado pela emergência desse hospital, com diagnóstico de DPOC descompensada, hipertensão, infecção das vias aéreas superiores (IVAS) e depressão. Permaneceu todo o período de internação hospitalar sem acompanhante. Após a alta hospitalar foram realizadas 2 visitas domiciliares. Os cuidados de enfermagem prestados no ambiente domiciliar incluíram sobretudo a orientação, ações para prevenção de complicações de suas patologias de base e de sua esposa e encaminhamentos, enfatizando os cuidados com a alimentação, importância da realização de exercícios físicos e atividades de distração, esclarecimentos quanto às medicações, encaminhamento ao posto de saúde, exame físico com controle da pressão arterial, encaminhamento ao oftalmologista e vascular e acompanhamento em consultas médicas.



Deusa Ártemis – a Diana dos romanos – deusa virgem da lua, poderosa caçadora. Na mitologia, ela foi guerreira em Tróia; a que nós conhecemos e aqui descrita, é guerreira da vida. Ártemis, sexo feminino, 64 anos, casada e evangélica. Teve 18 gestações e hoje possui 10 filhos. Contudo, reside apenas com o marido em uma casa de madeira sobre as dunas na praia dos Ingleses em um área de invasão, não possuindo energia elétrica e instalação sanitária. Ártemis internou na CM-II, encaminhada pela emergência desse hospital com o diagnóstico de ICC descompensado, DPOC, cálculo renal e pediculose. Permaneceu todo o período de internação hospitalar acompanhada pelas filhas e pelo marido. Após a alta hospitalar foram realizadas 2 visitas domiciliárias. No período entre as duas visitas, Ártemis procurou a emergência do HU, relatando dispnéia intensa. Dias depois da última visita reinternou pelo mesmo motivo. Durante o acompanhamento de Ártemis, encaminhamos a família para o cadastramento no Programa de Saúde da Família (PSF), realizamos orientações quanto a aquisição de medicações no Posto de Saúde local, educação para a saúde, enfatizando cuidados com alimentação e pediculose. Tendo em vista as condições sócio-econômicas precárias da família, alternativas foram ensinadas no que diz respeito a alimentação, terapêutica e até mesmo no que se refere a moradia. Foi realizado encaminhamento ao oftalmologista e ao serviço social para a aquisição mensal de cesta básica.

Minerva, deusa grega da sabedoria, da paz. Deusa do trabalho e das artes domésticas, especialmente da arte de tecer. Minerva-mulher, idosa, 73 anos, sabia, calma, doce. Habilidade na arte de bordar. Viúva e católica. Reside com 2 filhas, 1 neto e sua esposa e uma neta solteira. Mora em casa de alvenaria, com infra-estrutura e saneamento básico. Minerva internou na CM-II no dia 08 de setembro, vindo da emergência da mesma instituição hospitalar. Obteve diagnóstico médico de DM, ICC, HAS, Fibrilação Atrial (FA), Osteoporose, IAM prévio, Broncoinfecção. Permaneceu todo o período acompanhada por seus familiares. Foi realizada uma visita domiciliária. Durante sua internação hospitalar e na visita domiciliária, realizamos orientações quanto seu estado de saúde-doença, alimentação adequada para o idoso, controle da glicemia e pressão arterial, aquisição medicamentos com o posto de saúde, orientações específicas para osteoporose como alimentação rica em cálcio, banhos de sol e prevenção de quedas. A família e a cliente mostravam-se bem esclarecidos e orientados não havendo necessidade de uma segunda visita domiciliária. Alguns dias após a visita domiciliária Minerva reinternou com IAM e uma de suas filhas, que já havia sofrido de



AVC há 3 meses, reinternou com um novo quadro. A esposa de seu neto, que durante a visita estava com 41 semanas de gestação, neste mesmo período entrou em trabalho de parto. As três ficaram internadas no HU e foram por nós acompanhadas.

Zeus Deus, Zeus Homem. Ele é deus dos deuses, pai da sabedoria, a família é seu “cabo de aço” e no que tange a vida, ele a conhece muito bem, pois é seu filho e a respeito dela conclui: ‘a vida é perfeita e cheia de mistérios, pouco sabemos sobre ela’. Zeus possui 80 anos, masculino, viúvo, católico. Sua esposa faleceu há 2 meses. Internou encaminhado da emergência com o diagnóstico de AVC, HAS e bronquite. Permaneceu todo o período de internação sem acompanhante, sendo apenas visitado pelo filho nos horários de visita. Antes da internação residia sozinho; contudo, após a alta hospitalar, passou a morar com seu filho, nora e netos. A casa é de alvenaria, localizada no Canto da Lagoa, tendo boa infra-estrutura. Os cuidados prestados foram voltados para a educação em saúde, onde foi possível durante a visita domiciliária reforçar as orientações dadas no hospital quanto a alimentação e medicações. O cliente mostrou-se bem esclarecido e informado sobre as questões de saúde-doença, não havendo necessidade de nova visita domiciliária.

Ares-mito é o deus da guerra. Ares-homem é batalhador da vida. Possui 61 anos, masculino, católico, casado. Reside em casa de alvenaria, com a esposa e 2 filhas. Internou na CM-II do HU, encaminhado pela emergência desse hospital, com o diagnóstico de ITU, DM, HAS, esofagite erosiva, seqüelas de AVC (acamado há 6 anos) e Síndrome Consumptiva à esclarecer. Permaneceu todo o período de internação hospitalar acompanhado pela esposa. Foram realizadas 2 visitas domiciliárias. Durante a internação e as visitas foram realizadas orientações no que se refere à alimentação, banho de sol, medicações, cuidados com ITU. Foi também ressaltado a importância da realização de exercícios, mesmo passivos, no leito. Realizado exame físico, controle de Pressão Arterial, além de encaminhamentos ao posto de saúde, retorno médico e ao serviço social para a aquisição de fraldas geriátricas. A cuidadora principal, a esposa, que sofre de DM insulino-dependente, foi também orientada quanto aos cuidados para o controle da mesma e para a prevenção de complicações. Foi encaminhada ao grupo de diabéticos do HU. Também demos folhetos explicativos para complementar as orientações.

Deusa Hera. Mulher-Hera. Mãe e esposa habilidosa, protetora daqueles que a cercam. Lutadora da vida e aprendiz do tempo. Hera possui 61 anos, feminina, católica, casada. Reside em casa de alvenaria, com o esposo. Internou na CM-II do HU através da Emergência, com diagnóstico de AVC, apresentando desvio de comissura labial, diminuição da força dos membros inferiores e paresia do membro superior esquerdo. Durante o período de internação hospitalar, ficou sem acompanhante, mas recebendo visitas nos horários determinados pela instituição. Foi realizada uma visita domiciliar. Orientamos quanto ao controle da pressão arterial, DM, encaminhamos ao Programa de Diabetes do HU, e ressaltamos a importância de acompanhamento com oncologista, uma vez que a paciente tem história de CA de mama. Estimulamos à realização de atividades físicas, a seguir dieta adequada e foram dados folhetos explicativos para complementar as orientações dadas.

- **Cinco Momentos: relatando a assistência ao cliente**

Os cinco momentos descritos a seguir compõem toda a trajetória que nos guiou durante a prática assistencial, desde o primeiro contato com o cliente até o estabelecimento de uma relação empática com o mesmo e sua família. É composto por: o encontro, o interagir, o cuidar, o compartilhar e o despedir. Embasadas na teoria de Paterson e Zderad vislumbrando a assistência humanizada e as necessidades humanas básicas de Horta, nomeamos os cinco momentos, contemplando toda a nossa prática assistencial. Entretanto, a designação desta trajetória em momentos não representa que os mesmos tenham se dado de forma sequencial e isolada, mas sim, estes aconteceram naturalmente, de maneira simultânea e interrelacionada. Serão assim descritos apenas com a finalidade de sistematizar e melhor descrever o processo de cuidar humanizado.

### **Primeiro Momento: O Encontro**

A aproximação com o cliente e seu familiar acompanhante é considerada por Paterson e Zderad o começo de tudo. É a partir dela portanto, que se constrói as bases para um conhecer melhor e até mesmo para a criação de uma relação empática, nossa com o ser idoso e o ser familiar.

O encontro com o cliente, contudo, era muitas vezes antecedido por uma mistura de sentimentos: ansiedade, medo, preocupações, alegria, satisfação e prazer. Ora sentíamos ansiedade e medo, por não conhecermos o cliente e sendo assim, não sabendo a sua reação, como seríamos recebidas e se seríamos aceitas. Ora os sentimentos eram opostos, onde a



alegria e satisfação vinham à tona, uma vez que estávamos fazendo o que gostávamos, e fazíamos aquilo com prazer.

Com Apolo não foi diferente. O conhecemos durante a passagem da visita com a enfermeira, quando a mesma nos apresentou. A primeira imagem que tivemos de Apolo foi de uma pessoa séria e de poucas palavras. Em outra oportunidade voltamos ao seu quarto para conhecê-lo melhor e nos aproximarmos mais. Percebemos porém, que aquela imagem que transparecia um homem sério e “fechado” ao primeiro encontro, escondia por trás um homem conversador e até mesmo frágil. Este momento nos serviu de reflexão: apenas o *encontro*, o primeiro contato, não nos revela a riqueza das pessoas. É preciso conhecê-las melhor.

Da mesma maneira ocorreu com Zeus. Este internou na CM-II, começando assim, preencher mais uma página do livro de sua vida. Na chegada, iniciamos o *cuidado* recebendo-o e ajudando-o a acomodar-se em seu leito, assim como também dando as orientações de internação a Zeus e seu filho que o acompanhava. Neste momento iniciava tanto para nós como para Zeus e sua família, o momento do *conhecer*, da *aproximação*. Mais tarde quando Zeus estava já acomodado, retornamos para conversar e aproveitamos para realizar o histórico de enfermagem. Interessante foi que neste tempo de conversa que tivemos, houve uma *interação* muito boa por ambas as partes, pois estávamos abertas para ouvi-lo e compartilhar experiências.

Em outra oportunidade conhecemos Hera. A cliente encontrava-se sentada na poltrona de seu quarto com o olhar fixo para o chão, não percebendo nossa entrada. Nos apresentamos e assim, Hera nos contou que era a sua segunda internação. Muito falante, logo foi dizendo onde morava e com quem morava. “*Moro aqui pertinho da universidade, é logo ali.*” E assim percebemos que mesmo antes de esclarecer para a cliente todos os nossos objetivos acerca do trabalho, ela estava nos pedindo uma visita domiciliária, deixando clara a *aceitação* frente a nós acadêmicas.

Muitas vezes o primeiro contato ocorria de forma simultânea com o cliente e seu familiar acompanhante. Assim aconteceu com Minerva que, quando a conhecemos, estava acompanhada de uma de suas filhas. Após uma apresentação inicial, na condição de acadêmicas, explicamos os objetivos do nosso trabalho ali na CM-II. Existia sempre a expectativa da aceitação. Esta muitas vezes se confirmava com palavras, com um simples sorriso ou com a nossa apresentação feita pelo próprio idoso aos seus familiares:

“*Essas são as meninas que eu falei*” ...*Elas vão nos visitar lá em casa depois*”.

E assim, procurávamos dar continuidade nesse processo de aproximação, para que pudéssemos interagir com o cliente e estabelecer desta forma, uma relação empática, o que se constituía no segundo momento - o *interagir*.

### **Segundo Momento: O Interagir**

A interação com o cliente, mesmo sendo aqui designada como segundo momento, acontece associada a todos os outros, não sendo portanto, estanque. Ela começa a acontecer desde o primeiro encontro com o cliente e sua família. Assim sendo, esta interação durante a prática assistencial, ocorreu como um processo gradativo e natural, onde a cada dia percebíamos que nos tornávamos mais próximos e mais cúmplices.

No transcorrer da nossa prática assistencial, as relações se intensificavam, levando a um envolvimento que transpassava o simples contato profissional resultando, dessa maneira, numa relação empática. Tal convívio despertava para uma maior compreensão sobre os clientes e seus familiares em relação ao que sentiam, aos seus desejos e entendimentos de saúde e doença.

Adotar uma postura empática permitiu-nos uma sensibilização para sentir e enxergar o outro em sua totalidade. Suas queixas, que nem sempre eram físicas ou dolorosas, despertaram em nós um olhar para a manifestação de um ser humano idoso e do contexto em que se encontrava inserido. Dessa forma, a postura empática nos permitiu uma melhor percepção das necessidades humanas básicas afetadas do cliente idoso e de seu familiar acompanhante. Muitas vezes, apenas a nossa disponibilidade do ouvir é que proporcionava a revelação, por parte dos clientes, das necessidades afetadas, não só as psicobiológicas, mas principalmente quando se tratava das necessidades psicossociais e psíquicas.

A interação com Apolo deu-se de forma mais lenta. Nos primeiros encontros mostrou-se um pouco distante, muitas vezes apenas respondendo com frases curtas aos questionamentos, mas com o passar dos dias fomos nos aproximando. A confiança se estabeleceu quando percebeu a nossa disposição em ouvi-lo, e as frases curtas de Apolo foram substituídas por bons minutos de conversa. Nestes momentos é que conseguíamos perceber que aquele senhor que primeiramente mostrou-se “fechado”, gostava muito de conversar. Estas conversas porém, nos mostravam o quão importante era saber ouvir, colocar-se a disposição, mostrar-se presente, já que era a partir de então que conseguíamos conhecer



melhor o cliente e compreender suas necessidade que transcendiam sua patologia. Era nesses momentos que seus medos e preocupações, geralmente esquecidos, vinham à tona:

*“Hoje eu não tenho mais prazer para nada, chegou a hora de partir”* (Apolo).

A interação com Ártemis também foi especial. Todas as manhãs ela tinha guardado consigo um sorriso particular, que de alguma forma, deixava transparecer o vínculo e a cumplicidade que estávamos estabelecendo. A interação com o marido de Ártemis também foi importante, uma vez que ele é o seu principal cuidador. Buscamos aproximar-nos dele, assim como o fizemos com sua esposa. O estabelecimento de um vínculo ficava evidente principalmente nos momentos em que, descontraído, o marido de Ártemis fazia brincadeiras e trocadilhos conosco. Ele mesmo, antes que nós perguntássemos, nos informava acerca das datas de consultas e retornos de Ártemis ao médico, nos contava novidades acerca de sua casa.

Após a alta hospitalar desses deuses que haviam sido acompanhados por nós, sentíamos que mais uma etapa havia sido superada. Contudo, outra etapa, considerada ainda mais desafiadora, estaria por vir – as visitas domiciliárias. Estas por sua vez, foram acompanhadas, em sua maioria, pela enfermeira Bernadette Erdtmann. Sua experiência em atendimento domiciliário e sua enorme competência nos ajudou muito, fazendo com que aquele momento tão difícil para nós, se tornasse horas de alegria, de trocas de experiências e do verdadeiro cuidar. A forma como éramos recebidas no domicílio também demonstrava um estreitamento na relação que tínhamos com os clientes. Mesmo quando não expresso por palavras, sempre havia no ar um “Bem-vindas!”, um “Fiquem à vontade!”. Tanto as recepções quanto as despedias eram calorosas, sendo constantemente regadas por beijos e abraços. Não menos freqüente também foram as manifestações de “Voltem sempre!”.

Mais do que prestar cuidados de enfermagem, percebemos que os laços afetivos entre nós, os clientes idosos e seus familiares se estreitavam, o que nos dava a convicção de uma plena aceitação dos clientes em relação a nós e nosso trabalho e que este estaria proporcionando um estar melhor aos clientes idosos e seus familiares.

### **Terceiro Momento: O Cuidar**

A enfermagem humanística aponta para a necessidade constante de desenvolvimento da enfermagem, pela exploração no contexto humano (LEOPARDI, 1999, p.134). Buscando a

idéia de Horta (1979) ela afirma que precisamos voltar a nós enquanto cuidadoras, exercitando o cuidado para gestarmos esta atitude mediante àqueles que necessitam. Como diria Sócrates “Conhece-te a ti mesmo” (PLATÃO, 1999). O Conhecer-se a si, é uma reflexão sobre o estabelecimento de uma atitude de compromisso e de transformação pessoal, profissional e social. Sendo assim, os cuidados de enfermagem podem ser melhor desenvolvidos à medida em que se chega próximo ao cliente. Segurar a mão, enxugar uma lágrima ou simplesmente ouvir o que o cliente tem a dizer são cuidados que vão além do técnico-científico. Transcender o cuidado técnico é cuidar de forma humana. A manifestação de um quadro, de uma doença e das necessidades humanas básicas afetadas muitas vezes só é desvelada após uma conversa longa e detalhada com o cliente. Portanto, ouvir, dar crédito ao que o cliente diz podem nos levar a importantes observações, diagnósticos e planejamento mais preciso das prescrições de enfermagem. Vislumbrando as necessidades humanas básicas com uma postura empática, pudemos proporcionar ao cliente o seu necessário, fosse ele um procedimento técnico, uma instrução para o auto-cuidado ou até mesmo a educação em saúde.

*“Estou muito contente em saber que tem alguém que olha pela gente”... “Estou muito satisfeito pelo que vocês fizeram por nós!” (Apolo).*

Estas foram as frases que Apolo encontrou para nos expressar como haviam se sentido, ele e sua esposa, após o cuidado prestado por nós. Este cuidado nem sempre tratava-se de “fazeres” técnicos, mas também e concomitantemente de uma presença ativa na situação de enfermagem. Isto pode ser claramente percebido com Ártemis. Durante a internação ela sofreu uma queda no banheiro. Conseguiu levantar sozinha e veio até a porta de seu quarto pedir ajuda, pois estava tendo uma epistaxe. Ao mesmo tempo, encontrava-se nervosa, dispnéica e chorando muito. Ajudamos Ártemis a deitar-se no leito, estancar a epistaxe, e ficamos ao seu lado, ouvindo-a, segurando sua mão, enquanto se acalmava. Estava sozinha naquele momento, seu acompanhante tinha saído e sentiu grande insegurança. Referiu medo de morrer. A atenção dispendida por nós naquele momento, ouvindo e segurando a mão da cliente, foi suficiente para que esta se sentisse segura e se acalmasse. Mais do que atender às suas necessidades psicobiológicas, naquela hora era importante atender às suas necessidades psicossociais.

Percebemos que a necessidade de cuidado era específica para cada cliente. Assim, era de extrema importância que tivéssemos sensibilidade para conhecer a real necessidade do



idoso, prestando-lhe o cuidado que ele precisava e queria receber naquele momento. Neste sentido, o cuidado é humanizado porque ele é personalizado e há um envolvimento de sentimentos. No caso de Minerva, a preocupação de cuidado não estava voltada para a sua patologia, e sim, para a sua família. Vimos que o cuidar à Minerva se estendia além da assistência às suas necessidades psicobiológicas. Após sua alta hospitalar fomos até sua residência, lá percebemos o quanto a família estava envolvida em seus cuidados, e como ocorriam as trocas de cuidados e de experiências entre um membro da família e outro. Sua neta naquele período encontrava-se no oitavo mês de gestação, e todos (especialmente Minerva) estavam com grande expectativa para a chegada do novo membro familiar. A filha de Minerva havia sofrido AVC há alguns meses e estava em fase de recuperação. Percebemos que além das patologias que acometiam Minerva, havia também grande preocupação por parte da idosa no bem estar da família. Em uma de suas falas, ficam implícitas suas expectativas:

*“A A. está assim, ainda fazendo fisioterapia; a K. não demora vai ganhar o nenê, eu estou desse jeito, faço umas coisinhas, mas é pouco. Como é que vamos fazer?”*

Após alguns dias de nossa visita domiciliária, Minerva reinternou, sua filha sofreu novo AVC, e K. deu entrada na maternidade. Foi algo novo para nós, pois íamos e vínhamos trazendo notícias para todas. Realizávamos uma ponte de comunicação entre filha, mãe e avó. Minerva estava ansiosa para conhecer seu bisneto, mas infelizmente por normas da instituição não pudemos levá-lo até ela. Minerva no entanto visitava todos os dias sua filha que estava restrita ao leito e internada na mesma clínica. Para visitar sua filha, Minerva trocava sua roupa colocando uma de passeio, assim parecia estar vindo de casa, não deixando a filha preocupada, pois ela não sabia da internação de Minerva, sua mãe.

O cuidado para esta família foi além, transcendendo até nossos limites como acadêmicas, pois fazíamos o papel do profissional, da confidente, da amiga. Percebemos que muitas vezes o bem estar do cliente independe de seu estado de saúde e doença, e que está relacionado a outros fatores que para Minerva eram mais importantes do que o seu restabelecimento. O seu bem-estar e estar melhor dependia do estado em que se encontrava sua filha internada por AVC e que apresentava seqüelas, e o nascimento de seu bisneto.

A oportunidade de conhecer o cliente também em seu domicílio nos permitiu ir muito além. A assistência domiciliária possibilitou-nos uma maior aproximação da realidade

de cada um, de sua história, seu amparo social e econômico, viabilizando ações de cuidado adaptadas ao seu contexto e ambiente.



Visita domiciliária:  
aproximação da realidade.

Durante o cuidado prestado a cada idoso, o processo de enfermagem era aplicado, na intenção de levantarmos os principais problemas que pudessem, de certa forma, traduzir a situação de saúde-doença específica de cada um. O mesmo foi aplicado durante a internação hospitalar e no domicílio. Quando necessário, alguns anexos (que são do NIPEG e aqui complementam processo de enfermagem baseado em Horta e Paterson e Zderad) eram aplicados de acordo com a especificidade de cada cliente, no início, meio, próximo a alta hospitalar e quando possível, no domicílio, dando-nos assim, parâmetros para acompanhar a evolução de cada cliente, além de ter-se um retorno dos cuidados prestados. Nestes anexos, por sua vez, procurávamos levantar questões relacionadas ao grau de dependência e autonomia do idoso, além de problemas relacionados ao aparelho locomotor, testes de memória e depressão. O exemplo da aplicação prática consta em anexo como parte integrante do processo de enfermagem utilizado para os clientes idosos por nós assistidos.

Neste sentido, as trocas de cuidado realizadas durante a nossa prática assistencial foram percebidas sob diferentes dimensões. Além do cuidado prestado junto ao cliente e à sua família, observávamos também que havia um cuidado desta para com aquele, e daquele para consigo mesmo - o auto-cuidado.

As famílias cuidadoras, durante todo o processo de hospitalização e também no domicílio, com aquelas onde foi possível acompanhar, mostraram-se muito presentes e participativas no cuidado com o idoso. A propósito, quando falamos em cuidador familiar,



nos referimos à pessoa membro da família que presta cuidados ao idoso. Pudemos perceber que geralmente o cuidado é prestado em grande parte do tempo por uma única pessoa, quase sempre por mulheres mais próximas do idoso, (filhas, netas e esposas). Estes cuidadores por muitas vezes não possuíam tempo para si, estressando-se e sobrecarregando-se. Desta maneira vemos como fundamental, a intervenção junto a estas famílias para auxiliá-las quando possível e aceito, no remanejamento de outras pessoas para organizarem-se no cuidado do cliente idoso em questão.

Durante a visita a Zeus percebemos o quanto ele é amado por sua família e que ambos, família e cliente, vivem de forma harmoniosa realizando trocas de cuidados. Isto também foi percebido com Minerva já que a mesma, durante a sua internação, ficava sempre acompanhada por algum familiar. Suas filhas e a esposa de seu neto se revezavam neste acompanhamento. Observamos que a família, bastante harmoniosa, sentia-se deveras responsável em cuidar de Minerva: havia organizado uma tabela em que constavam as medicações, os horários e doses das mesmas que estava fixada na parede de seu quarto, a fim de facilitar e evitar erros na sua administração.

Nas visitas domiciliárias, foi possível perceber o significado do cuidado para cada família. Quando falamos do assunto com Apolo e sua esposa ele nos disse:

*“...aqui eu cuido dela e ela cuida de mim.”*

Minerva por sua vez afirmou que:

*“Para cuidar é preciso gostar, eu acho que é um dom, pois nem sempre a pessoa que cuida está com vontade de fazer aquilo que a gente pede.”*

Ainda referindo-se a isto Ártemis relatou:

*“AH!, ele me cuida bem”* (referindo-se ao marido). *“Sabe do que eu gosto; faz as coisas para mim. Mas ele tem que se cuidar, né? Porque senão ele não poderá mais cuidar de mim”.*

Assim sendo, percebíamos nas famílias fortes laços de união, e amor uns para com os outros. Esse apoio familiar, que também podemos chamar aqui de suporte social, exerce

influência fundamental na saúde do cliente idoso e na sua qualidade de vida e contempla uma parte importante das suas necessidades humanas básicas.

A expressão do cuidar ficou evidenciada em vários momentos. Com Zeus, por exemplo, quando falávamos sobre sua esposa, referia-se a ela com lágrimas no olhar, demonstrando grande saudade e afeição. (Sua esposa havia falecido há dois meses; vivia acamada há seis anos vítima AVC e Zeus era seu cuidador principal). Certa manhã, quando falávamos de cuidado, Zeus referiu-se:

*“... antes eu cuidava de minha esposa, agora ela faleceu e tenho que ficar sozinho.  
Eu gostava muito de cuidar dela.”*

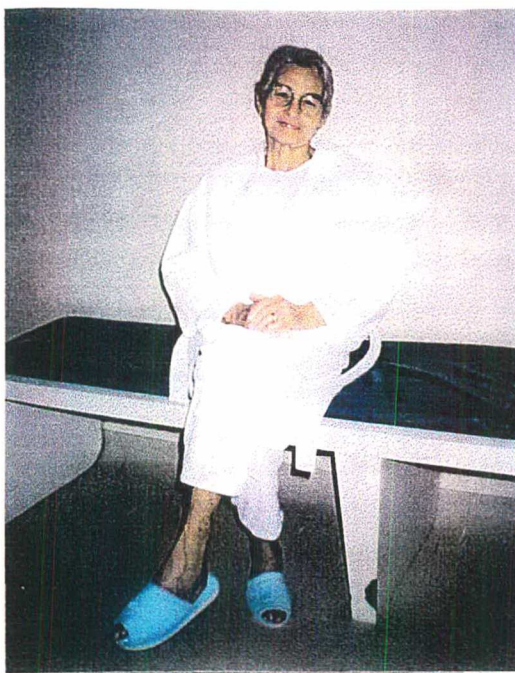
Nesta fala podemos perceber o sentimento de saudade e de solidão, mesmo estando juntamente com seus familiares, pois esta solidão a que Zeus se refere traduz-se no desejo de estar com, sentindo-a próxima, em um toque, num olhar, no cuidado prestado a ela, por Zeus.

Cabe aqui falarmos um pouco sobre sexualidade no idoso. Havendo um certo ajustamento as suas necessidades e ainda, entendendo-a não apenas como sendo parte do prazer do ser humano, mas também como o ENCONTRO com o outro.

A sexualidade e sensualidade nos idosos encontra-se muito presente e, por vezes, acaba sendo esquecida e ignorada por todos os que o cercam, sejam familiares, amigos ou os próprios profissionais da área da saúde que prestam cuidado. No entanto, durante a nossa prática assistencial estas questões foram claramente percebidas e respeitadas. No ambiente hospitalar, principalmente referente às senhoras idosas, não foram raros os momentos em que a vaidade das mesmas foi expressada despertando a auto-estima e a imagem corporal, então: o pijama hospitalar era substituído por camisolas coloridas, roupões bordados e chinelinhos enfeitados. As fâcies características de pacientes internados, pálidas e apáticas, muitas vezes eram substituídas por rostos maquiados, com batom nos lábios, cabelos penteados e brincos. A mesinha de cabeceira, por sua vez, dividia espaço não só com medicações e jarra de água, como também com perfumes, cremes e desodorantes. Foi possível perceber também a cumplicidade e a troca de cuidados entre as clientes que ocupavam o mesmo quarto: uma penteava a outra, emprestava seus pertences, oferecia maquiagem. A vaidade era expressada também de forma verbal:

*“Viram só o meu pijama novo que ganhei?” ...assim é bom porque eu posso trocar”.*





O auto-cuidado com a  
imagem corporal.



Troca de cuidados entre clientes durante a internação hospitalar.

Uma outra senhora, após ter recebido banho no leito disse:

*“Que pena que não trouxe o meu perfume!”*

Nesta ocasião, a cliente que encontrava-se internada ao lado, após escutar esse lamento, prontamente ofereceu o seu perfume e acrescentou:

*“Pode usar à vontade. Se precisar tenho outras coisas; é só pedir.”*

Percebemos também que a preocupação com a aparência era ainda mais acentuada nos períodos que antecediavam a visita médica:

Nós: *“Que bonita já logo cedo!”*

Cliente: *“Daqui a pouco o médico vai passar aqui.”*

A vaidade nos homens, mesmo que de forma mais discreta, também foi notada. Os idosos, mesmo com poucos cabelos, passavam gel, encontravam-se sempre penteados e com a barba feita.

Estas questões evidenciaram-se não só no ambiente hospitalar como também no domiciliário. Percebíamos que os idosos nos esperavam sempre bem arrumados, com roupas para passeio; os homens de barba feita e as mulheres com enfeites e cabelos penteados. Isso veio a corroborar ainda mais a afirmativa de que a sexualidade, sensualidade e a preocupação com o auto-cuidado continuam presentes nesta fase da vida.

Podemos ressaltar aqui a manifestação de algumas necessidades humanas básicas, muitas vezes pouco valorizadas pela equipe de saúde, mas que possuem relação direta com o bem-estar do idoso e sua qualidade de vida. A sexualidade, necessidade psicobiológica, e a auto-estima e imagem corporal, necessidades psicossociais, apareceram constantemente durante a nossa prática assistencial, despertando-nos para a importância do significado destas manifestações na terceira idade.

#### **Quarto Momento: O Compartilhar**

O compartilhar durante a nossa prática assistencial foi percebido sob três diferentes dimensões: entre nós acadêmicas e o idoso/família; entre os próprios idosos e entre a família e o seu idoso. Apesar de termos percebido esses três pontos de compartilhar, a sua essência era a mesma em todos os momentos, onde a troca de experiências e o aprendizado mútuo sempre existiam.

Assim, como propõem Paterson e Zderad, o compartilhar foi utilizado por nós em todas as etapas do processo de enfermagem, onde juntos, nós e clientes, através da troca de informações e experiências anteriores chegávamos a um diagnóstico comum e a um plano de cuidados, respeitando-se a vontade do cliente. Sendo assim, “ambos participam nesse processo, no qual, objetivamente, um oferece cuidado e outro recebe, ou seja, é uma transação



intersubjetiva” (LEOPARDI, 1999, p.134). Esta “transação” era ainda mais corroborada quando prestávamos assistência direta ao cliente, uma vez que este momento se constituía em um verdadeiro compartilhar. Leopardi (1999, p.134) reflete que “ao executar qualquer atividade junto de outra pessoa, o enfermeiro carrega sua própria presença, não apenas como corpo biológico, mas como totalidade repleta de experiências dele mesmo”. Essas experiências eram então compartilhadas com o cliente. Contudo, esta troca não era unilateral, pois muito aprendíamos com os idosos e seus familiares.

Compartilhar, além de troca de experiências, foi também sinônimo de cumplicidade. Estar sempre atento ao que os clientes tinham a dizer e contar fazia com que nos aproximássemos muito mais, aumentava a confiança mútua e gerava entre nós essa cumplicidade. O compartilhar foi, então, acontecendo naturalmente, através de uma confidência, de uma notícia alegre, ou nem tanto, de uma queixa, de uma reclamação, coisas particulares, segredos e casos acontecidos na família. Sentíamos, por vezes, como se fôssemos velhos amigos.

Muitas vezes este vínculo e cumplicidade eram claramente percebidos. Ártemis sentia-se confiante e livre em referir o que lhe desagradava, em fazer confissões:

*“Meu marido brigou comigo... disse prá ele que iria contar tudo para vocês.”*

Podemos perceber nesta fala de Ártemis que ela sentia-se confiante em nos revelar coisas do casal, assim como nos tinha como referência não só como acadêmicas de enfermagem mas também como alguém mais próximo, um confidente. Essas relações, por vezes, se estendiam mesmo após a alta hospitalar do idoso. Neste sentido, o esposo de Ártemis certo dia retornou ao hospital e nos procurou:

*“Hoje é meu aniversário!”*

Percebemos o quanto essa relação de cumplicidade representava para eles. Isto fazia com que nos sentíssemos muito importantes e significativas.

As demonstrações de carinho e preocupação não eram unilateral, pois muitos clientes após a alta hospitalar nos ligavam para saber como estávamos:

*“Como estão? O final de semana estava bom?”* (Apolo telefonando para saber como havíamos passado de final de semana).

O compartilhar com os idosos nos serviu também como uma verdadeira escola. Nos momentos de conversas (que se davam todos os dias), Zeus falou-nos sobre seu passado, parecendo vivenciá-lo novamente enquanto falava. Contou-nos sobre seu trabalho, amigos, namoradas e sua grande companheira. Aos poucos Zeus sentia-se cada vez mais *seguro*, compartilhando emoções vividas e sentimentos. Zeus mostrava-se com grande força para vencer, em momento algum mostrou-se abalado por estar hospitalizado, e para nós acadêmicas deu uma grande aula sobre o significado da palavra vida.

Não só no ambiente hospitalar, mas principalmente no domicílio tanto o idoso quanto sua família sentiam-se à vontade para expor particularidades. Percebemos que a aproximação que existia entre nós e os clientes e seus familiares no hospital era ainda maior quando chegávamos as suas casas. Um grande exemplo disto aconteceu com Hera. A mesma durante a internação hospitalar mostrou-se distante, restringindo as nossas conversas a questões de saúde e assuntos rotineiros sem no entanto expor sentimentos ou coisas particulares. Contudo, corroborando o que acima foi dito, a visita domiciliária favoreceu a nossa aproximação. Durante a mesma, Hera e seu esposo sentiram-se seguros em relatar questões que não haviam sido conversadas no ambiente hospitalar. Hera nos contou que havia feito uma mastectomia e chegou a nos mostrar sua prótese removível. Falou-nos com detalhes desde a descoberta da doença até a realização da cirurgia e de como optou pela prótese removível.

Foi também através da visita domiciliária que percebemos explicitamente a nossa aceitação por parte dos clientes e seus familiares:

*“Pensei que não vinham.”* (Zeus expondo sua ansiedade pela espera de nossa visita).

Ao final de cada visita sempre ouvíamos:

*“Vocês vão voltar, né?”* (Zeus)

*“Vê se não abandonam a gente.”* (Esposa de Ares)

...e essas frases eram suficientes para voltarmos para casa felizes!





Visitas domiciliares: interagindo, cuidando e compartilhando.

Com o passar dos dias, com uma maior interação e com o estabelecimento de uma relação mais próxima, nos sentíamos à vontade para perguntarmos questões referentes ao processo de envelhecimento de cada idoso assistido. Estas questões foram por nós consideradas importantes, pois em sua maioria, refletem a visão que o idoso tem sobre sua vida e nos dá uma noção do significado de qualidade de vida para cada um. As questões abordadas fazem parte do processo de enfermagem utilizado por nós e incluem:

*O que você espera da vida enquanto envelhece?*

*Que idade você gostaria de ter hoje?*

*Até que idade você gostaria de viver?*

As respostas frente a estes questionamentos foram diferentes para cada cliente. Ao perguntarmos inicialmente o que os idosos esperam da vida enquanto envelhecem, os mesmos responderam:

*“Espero ter saúde e que Jesus me cuide. Quero ver meus netos nascerem”* (Ártemis)

*“Espero ver meus netos e bisnetos crescerem. Ainda quero ganhar bastante dinheiro”* (Minerva)

*“Só espero doenças”* (Apolo)

*“Ter saúde”* (Zeus)

No segundo momento perguntamos que idade eles, os idosos, gostariam de ter hoje, e responderam:

*“Gostaria de ter 18 anos. Nesta idade eu era nova e bonita”* (Ártemis)

*“Ah!, uns 35 ou 40 anos”* (Minerva)

*“40 anos. Porque nesta idade eu saía e dançava muito”* (Apolo)

*“A mesma que tenho hoje!”* (Zeus)

Para finalizar perguntamos até que idade gostariam de viver. As respostas foram:

*“Mais de 100 anos”* (Ártemis)

*“Até 80 anos”* (Minerva)

*“A hora que Deus me chamar eu vou”* (Apolo)

*“Jesus é que sabe... a hora que eu for, prá mim tá bom!”* (Zeus)

Ao analisarmos as falas acima e conhecendo alguns aspectos da história de vida de cada um, podemos perceber a relação desta com as expectativas de vida existentes. Para Ártemis e Minerva, por exemplo, a família está incluída nos planos futuros. Percebemos que a constituição da família tem forte influência nas respostas das questões feitas aos idosos.



Aqueles que possuíam filhos, netos e bisnetos evidenciavam preocupação para com estes em suas respostas. Expressavam verbalmente e através de ações, sua satisfação em vê-los crescer.

Observamos que não apenas as patologias estão exclusivamente voltadas ao bem estar do idoso, embora elas tenham íntima relação com a sua qualidade de vida, com o seu poder de autonomia e independência, enfim, com o atendimento às suas necessidades humanas básicas afetadas. Seu bem estar e estar melhor também possuem influência significativa do seu convívio familiar além de outros fatores como sua participação na comunidade, seu lazer, suas condições sócio-econômicas.

Nas respostas dos idosos no que refere à idade, apenas um respondeu *“A mesma que tenho hoje!”*. Os outros, no entanto, se referiram a idades passadas com saudades. Neste sentido, foi possível perceber não só através das falas, mas também com o convívio com os clientes idosos, conversas e visitas no domicílio que eles, em sua maioria, expressavam vontade de vivenciar o passado. Frente a isso deixamos aqui uma reflexão: *“Quantos anos você teria se você não soubesse quantos anos você tem?”* (Satchel Paige).

### **Quinto Momento: O Despedir**

No desenvolvimento do processo de enfermagem junto aos clientes idosos e seus familiares acompanhantes o despedir foi o último momento, o momento em que encerramos o processo junto a eles.

Desde o início de nossa prática assistencial, sempre procuramos deixar claro ao cliente idoso e à sua família que o trabalho seria desenvolvido por um período limitado, para que não houvesse por parte deles expectativas na continuidade do cuidado. Mas despedir-se nem sempre é fácil. Ao longo desta vivência aprendemos, ensinamos, passamos dificuldades, tristezas e alegrias juntos, fazendo com que nos tornássemos mais próximos e confiantes um dos outros. A cada dia nossa ligação tornava-se mais forte, mais intensa. Encontrávamos neles a força para continuar e eles, a certeza de que haveria alguém sempre próximo, segurando a sua mão, conversando, atendendo um lamento, sorrindo, chorando, cantando. Cremos que por estes motivos a despedida foi algo tão difícil para nós.

Houve reações diversas, tanto dos clientes quanto de seus familiares, quando anunciávamos que aquele seria o nosso último contato formal com eles, como acadêmicas de enfermagem, desenvolvendo uma prática assistencial:

*“ Vou sentir muita falta de vocês. ”*

*“ ... mas não deixem de vir aqui, só para uma visita, um cafezinho.”*

*“ Liguem para nós”*

*“ Mas vocês não vão abandonar a gente, né?”*

O despedir... Talvez um dos momentos mas difíceis. Difícil não só pela “quebra” de laços afetivos construídos durante toda a nossa caminhada, mas também por estar neste ato – despedir-se – diversas outras coisas engajadas e que podem ser resumidas em uma única palavra - saudade. Saudade dos clientes, dos sorrisos, dos abraços, das palavras de gratidão. Saudade de aprender muito mais do que ensinar. Saudade dos novos amigos. Saudade dos que partiram... Enfim saudades de poder cuidar.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início da realização da prática assistencial, cientes de nossas limitações, buscamos alcançar os objetivos expressos. Assim, este trabalho permite extrair algumas considerações e/ou reflexões importantes.

Como resultado obtivemos não apenas uma vivência assistencial pautada em um referencial teórico proposto por Paterson e Zderad e Horta, mas adquirimos também uma visão das magnitudes e complexidades do que é o *ser- idoso*, o ser humano envelhecendo, e que a técnica é apenas um instrumento a seu serviço.

Ao analisarmos as teorias utilizadas, percebemos que estas foram de grande valia para que conseguíssemos realizar o trabalho seguindo os objetivos propostos. Nesse sentido, Paterson e Zderad foram guias para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, onde a vontade do cliente encontrou-se presente em todas as etapas do processo. Percebemos o quanto é importante para o idoso, poder sentir-se atuante e participativo nas ações de cuidados que visem o seu bem-estar e estar melhor. Os pressupostos de Horta, por sua vez, nos fizeram refletir a cerca das necessidades humanas, cuja manifestação é única para cada ser. No decorrer desta caminhada, vimos o cliente (idoso e familiar cuidador), primordialmente, como um ser humano, único e indivisível e que, portanto, possui particularidades e especificidades. Assisti-lo é interagir com ele fornecendo-lhe o necessário personificado.

A oportunidade de estender o cuidado ao idoso além do ambiente hospitalar, foi uma experiência singular. Atendê-lo também no domicílio possibilitou-nos uma maior aproximação e interação, conhecendo o cliente na realidade em que vive, abrindo caminhos para melhor compreendê-lo e melhor cuidá-lo. Assim, aprendemos a enxergar o que não se vê no primeiro olhar. A relação entre a família, disponibilidade de recursos e inserção do idoso

em seu ambiente favorece seu restabelecimento, como foi possível observar em nossa prática assistencial.

Acreditamos que futuramente este serviço será o principal enfoque na área de saúde do idoso, pois além de possuir um custo muito menor em relação à institucionalização, também engloba a participação ativa da família em seu ambiente, permitindo à equipe multidisciplinar globalizar seu enfoque.

Durante essa caminhada tivemos muitas dificuldades. Estas por sua vez, eram minimizadas e esquecidas, quando ouvíamos uma palavra de incentivo de nossa orientadora, uma mão amiga das supervisoras, um sorriso de um idoso ou simples obrigado de algum familiar. Foram estes momentos que nos fizeram conseguir ultrapassar os obstáculos e seguir em frente.

Cremos que abordar o idoso é algo infundável, não só pela complexidade que o cerca, mas por toda magnitude que nele existe. É um ser único e que tem muito a nos ensinar. Ao contrário do que muitos pensam, a velhice não é sinônimo de doença, mas sim, faz parte de uma etapa do processo natural da vida. Embora, às vezes, sofra de multipatologias crônicas, tenha os passos vacilantes, as mãos trêmulas, a visão e audição dificultosas, não é incapacitado. É um ser humano com passado, presente e futuro, repleto de experiências valiosas. Pode ter dificuldades e limitações, mas é capaz e tem muito a fazer.

Neste sentido, tendo-se em vista o aumento considerável da população idosa e, conseqüentemente, também o aumento da incidência de multipatologias nesta faixa etária, consideramos que se trata de um assunto amplo e que merece ser explorado cada vez mais. Nossas recomendações estão voltadas no sentido de novos trabalhos que enfoquem o cuidado ao idoso, não só no ambiente hospitalar, mas também com continuidade no domicílio, permitindo uma assistência mais ampla.

Assim, finalizando este trabalho, vimos que nesta trajetória, muitos caminhos percorremos, objetivos traçamos e vitórias conquistamos. Tivemos como grande aliado e professor o tempo, ele que está sempre a nos perseguir desde a concepção de nossas vidas. Na modernidade o homem parece querer encontrar uma fórmula para “congelar” o tempo, e com ele o seu processo de envelhecimento. Mas talvez, ele não é sábio o bastante para entender que o tempo não lhe traz apenas anos a mais, mas vivências, sabedorias, experiências que, somente quem o acompanhar, saberá expressar.

## 8 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANDREOLI, BENNETT, CARPENTER e PLUM. **Cecil Medicina Interna Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

ATKINSON, L. D. & MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programas.htm>> . Acesso em: 04 de fevereiro de 2002

BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CARDOSO, V. et al. O grupo interdisciplinar de gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e suas funções. In: **Arquivos catarinenses de Medicina**. v.19, n.03, p 225-229, Florianópolis, 1990.

CARROLL, M.; BRUE, L. J. **Enfermagem para idosos: guia prático**. São Paulo: Andrei, 1991.

CRUZ, F. B. J. do; SCHEIDT, P. P. R.; BÖING, R. M. **Assistência de enfermagem humanizada ao idoso no ambiente asilar buscando o resgate da identidade e autonomia tentando minimizar os conflitos causados pela necessidade de institucionalização**. 2000. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DIOGO, M. J D'E. Consulta de enfermagem em gerontologia. In: Papaléo Neto, M. **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p. 209-221, 1996.

DUARTE, Y. A. de O. Princípios de assistência de enfermagem gerontológica. In: Papaléo Neto, M. **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p. 222-229, 1996.

- DUARTE, Y. A. de O. et al. Programa de visita domiciliária ao idoso – PROVID. In: Duarte, Y. A. de O.; Diogo, M. J. D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**, São Paulo: Atheneu, p. 519-537, 2000.
- DUARTE, Y. A. de O.; DIOGO, M. J. D'E. Atendimento Domociliário: Um enfoque gerontológico. In: Duarte, Y. A. de O.; Diogo, M. J. D'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**, São Paulo: Atheneu, p. 3-17, 2000.
- GEORGE, J. et al. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 388p.
- GOMES, F. A.; FERREIRA, P. C. **Manual de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Brasileira de Medicina, 1985.
- GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. O cuidado de enfermagem gerontogeriatric;; conceito e prática. In: NERI, A. L. **Gerontologia – SBGG**. Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2002 (no prelo).
- HARRISON. **Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill, 1998.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU: Ed da USP. 1979, 99p.
- JACOB FILHO, W.; SITTA, M. C. Interprofissionalidade. In: Papaleo Neto, M. **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p. 440-450, 1996.
- LEOPARDI, M. T. Wanda Horta – Teoria das Necessidades Humanas Básicas. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem – instrumento para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, p.80-84, 1999.
- \_\_\_\_\_. Teoria da Enfermagem Humanística. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias em Enfermagem – instrumento para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, p.131-137, 1999.
- MANSUR, L. L.; VIÚDE, A. Aspectos fonoaudiológicos do envelhecimento. In: Papaleo Neto, M. **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p. 284-296, 1996.
- MORO, C. H. C.; LONGO, A. L. Unidade de acidente vascular cerebral. In: Gagliardi, R. J. **Tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral**. São Paulo: Lemos, p. 19, 2000.
- MOURA, M. J. V. de. **O medo e a ansiedade de pacientes cirúrgicos e familiares: assistência de enfermagem baseada em NANDA utilizando a comunicação e orientação**. 2001. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- NITSCHKE, R. G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável**. Florianópolis: UFSC, 1991, 313p. Dissertação (mestrado em enfermagem) , UFSC, 1991.
- PAPALEO NETTO, M; BORGONOV, N. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Papaleo Neto, M. **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p. 44-59, 1996 .
- PATERSON, J. G. & ZDERAD, L. T. **Humanistic Nursing**. New York: National League for nursing, 1998, 129 p.

PERNAMBUCO, A. C. et al. Avaliação do grau de dependência dos pacientes do programa de assistência domiciliar ao idoso/PADI. In: **Livro de Resumos do III Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia**. Florianópolis: SBGG, p. 133, 2001.

RABELLO, E. S.; LIMA, M. G. O.; GONÇALVES, L. H. T. A Enfermagem no Grupo Interdisciplinar de Gerontologia. In: **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.11, n.2, p.47-51, 1990.

REILLY, K. E. La población adulta mayor. In: BURKE, M. M. & WALSH, M. B. **Enfermería gerontológica – cuidados integrales del adulto mayor** Madrid: Harcourt Brace, p.1-51, 1998.

RIBEIRO, A. Sexualidade na terceira idade. In: Papaleo Neto, M. **Gerontologia - A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, p. 124-135, 1996.

TRENTINI, M. & PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: Ed da UFSC, 1999, 162p.

## **9 ANEXOS**



## **ANEXO 1**

## PROCESSO DE ENFERMAGEM

### I. HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

#### I.A HOSPITALAR

##### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: *Ártemis* IDADE: 64

SEXO: (X) F ( ) M ESTADO CIVIL: *Casada* RELIGIÃO: *Evangélica*

DATA DE NASCIMENTO: 23/03/37 LOCAL: XXXXXX ESTADO: SC

PROFISSÃO: *Do lar* ENDEREÇO: XXXXXXXXXXXX

BAIRRO: XXXXXXXX MUNICÍPIO: *Florianópolis* CEP: 880000 - 000

PONTO DE REFERÊNCIA: XXXXXX FONE: XXXXXX

FAMILIAR/CUIDADOR PARA CONTATO: *Esposo/ Filha* FONE: XXXXX

PROCEDÊNCIA: *Emergência* DATA E HORA QUE CHEGOU À UNIDADE: *Dia 06/07, às 21:30 horas, acompanhada, em cadeira de rodas. Dispnéica, extremidades cianóticas, edema em membros inferiores, abdome globoso.*

DIAGNÓSTICO MÉDICO: *Insuficiência cardíaco-congestiva descompensada, hipertensão, DPOC, cálculo renal*

##### 2 QUESTÕES GERONTOLÓGICAS

COM QUEM MORA? *Esposo*

DE QUEM É A CASA? *Própria*

CUIDADOR PRINCIPAL: *Esposo* VÍNCULO: *Esposo*

IDADE: 66 GRAU DE INSTRUÇÃO: *Primário*

PROFISSÃO: *Aposentado*

PROBLEMA DE SAÚDE: *hipertensão arterial*

OUTROS CUIDADORES: *Filhas*

COSTUMAM FAZER RODÍZIO? *Apenas no hospital, durante a internação*

QUEM COSTUMA LHE AJUDAR NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA? *A filha que mora próximo, e o esposo* NO MOMENTO VOCÊ DEPENDE DELES? *Sim* (CASO AFIRMATIVO APLICAR GERONTE).

VC AINDA AJUDA SEUS FAMILIARES? COMO? *Através de conversas e conselhos*

VC PARTICIPA DE ALGUMA ASSOCIAÇÃO OU ATIVIDADE PARA A TERCEIRA IDADE? QUAL?

*Sim, da Igreja Evangélica*

VC TEM ALGUÉM DE CONFIANÇA PARA DESABAFAR SEUS ABORRECIMENTOS/CONTRARIEDADE? QUEM? *Sim, as filhas, e vai para a igreja quando está aborrecida*

O QUE VC ESPERA DA VIDA ENQUANTO ENVELHECE? *Saúde, que Jesus me cuide, e quero ver meu neto nascer.*

QUE IDADE GOSTARIA DE TER HOJE? *18* ATÉ QUE IDADE GOSTARIA DE VIVER? *Mais de 100*

EM COMPARAÇÃO COM AS PESSOAS DA MESMA IDADE SEU ESTADO DE SAÚDE ATUAL É:

(X) PIOR

( ) IGUAL

( ) MELHOR

##### 3 PERCEPÇÃO E/OU EXPECTATIVAS DO IDOSO FRENTE AO SEU ESTADO DE SAÚDE/DOENÇA

QUEIXAS *Dificuldade respiratória, dor em região supra-clavicular direita, coceira em couro cabeludo*

MEDOS/PREOCUPAÇÕES: *Medo de sangue, de ficar sozinha*

VÍCIOS: *Fumo e bebida alcoólica (parou há três anos)* HÁBITOS: *Frequentar a Igreja Evangélica e ir visitar as filhas*

CONHECIMENTOS SOBRE SUA DOENÇA ATUAL: *Problema no coração*

##### 4 PERCEPÇÃO E/OU EXPECTATIVAS DO FAMILIAR ACOMPANHANTE FRENTE AO ESTADO DE SAÚDE/DOENÇA DO SEU IDOSO

QUEIXAS: *Dificuldade de acesso aos serviços de saúde*

MEDOS/PREOCUPAÇÕES: *Medo das crises respiratórias da esposa durante a noite*

VÍCIOS: HÁBITOS: *Frequentar a Igreja Evangélica junto com a esposa e ir visitar as filhas*

INFORMAÇÕES/CONHECIMENTOS SOBRE ESTADO DE SAÚDE DE SEU IDOSO: *Problema no coração e dificuldade para respirar.*

*Atividade funcional*

## **5 LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

### **NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS**

#### **01. OXIGENAÇÃO**

RESPIRAÇÃO: *Dispnéia, ortopnéia, taquipnéia, resp. superficial simétrica, costal superior, apresentando sibilos na ausculta pulmonar*

TOSSE: *Ausência*

EXPECTORAÇÃO: *Ausência*

OXIGENOTERAPIA: *Fazendo uso de catéter de oxigênio tipo óculos, 2 l/min ,contínuo e nebulização intermitente com 5ml SF a 0,9%, 8gts Berotec e 20 gts de Atrovent*

TABAGISMO: *Parou há mais ou menos 3 anos, fumava desde criança (cachimbo e cigarro)*

OUTROS:

#### **02. HIDRATAÇÃO**

VOLUME: *diminuído*

FREQÜÊNCIA: *03 vezes ao dia com as refeições*

PREFERÊNCIA: *Chimarrão, café, suco e chá*

HÁBITOS RELACIONADOS À INGESTA:

OUTROS:

#### **03. ALIMENTAÇÃO**

APETITE: *Pouco, mas melhorou com a internação*

INTOLERÂNCIA: *Ausente*

MASTIGAÇÃO: *Sem problemas, com uso de prótese dentária*

HÁBITOS ALIMENTARES: *no domicílio com qualidade deficitária devido as condições econômicas*

DEPENDÊNCIA NA ALIMENTAÇÃO: *Não necessita*

DEGLUTIÇÃO E DIGESTÃO: *presença de distensão abdominal*

TIPOS DE ALIMENTOS INGERIDOS: *Dieta equilibrada e hipossódica no hospital, em casa não faz restrições, geralmente faz uso de ovos, batata, queijo, salgadinho e frutas.*

OUTROS:

#### **04. ELIMINAÇÃO**

INTESTINAL: *sem problemas*

URINÁRIA: *sem problemas*

INCONTINÊNCIA URINÁRIA: *ausente*

DRENAGENS: *ausente*

VÔMITOS: *ausente*

OUTROS:

#### **05.SONO E REPOUSO**

CARACTERÍSTICAS: *sono agitado, leve, interrompido*

HÁBITOS RELACIONADOS: *dorme com cabeceira elevada, costuma dormir tarde e acordar cedo e após almoço*

PROBLEMAS QUE DIFICULTAM: *dispnéia ,sudorese intensa e ruídos no setor*

#### **06 ATIVIDADES FÍSICAS**

EXERCÍCIOS E ATIVIDADES FÍSICAS PRATICADAS: *não pratica*

PROBLEMAS QUE DIFICULTAM A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES FÍSICAS E ALTERAÇÕES

PROVOCADAS PELAS MESMAS: *paresia de MSD e MID, limitações pela doença - dispnéia*

MECÂNICA CORPORAL: *dificultada pela paresia e cifose*

LOCOMOÇÃO: *deambula com auxílio de uma pessoa, marcha lenta*

MOTILIDADE: *parcial estabelecida pela paresia*

#### **07.INTEGRIDADE FÍSICA**

AMPUTAÇÃO: *ausente*

DEFORMIDADES: *ausente*

MIALGIAS/ARTRALGIAS: *artralgia em mãos*

FRATURAS: *ausente*

PRÓTESES: *dentária*

OUTROS:

## 08. INTEGRIDADE CUTÂNEO-MUCOSA

PELE: *Extremidades levemente cianóticas, pele hipocorada e ressecada, elasticidade diminuída, rugosidade, hematoma em quadrante inferior direito do abdome*

COURO CABELUDO: *presença de pediculose*

OLHOS E PÁLPEBRAS: *pálpebras levemente edemaciadas e acuidade visual diminuída. Pupilas isocóricas e simétricas com escleróticas amareladas*

OUVIDOS: *sem problemas*

BOCA: *necessita de melhor higiene*

NARIZ: *sem problemas*

GARGANTA: *sem problemas*

LÍNGUA: *saburrosa*

DENTES: *presença de prótese dentária, superior e inferior*

ABDOME: *globoso, com edema e hematoma em quadrante inferior direito*

DORSO: *sem problemas*

MMII E MMSS: *edema em MMII ++/4 e paresia em MID e MSD*

ÂNUS: *sem problemas*

GENITÁLIA: *edemaciada*

## 09. CUIDADO CORPORAL

NECESSIDADES HIGIENICAS: *auxílio para banho, vestir-se e pentear-se*

NECESSIDADE DE TRICOTOMIA: *não*

## 10. REGULAÇÕES

### \* TÉRMICA

ALTERAÇÕES: *sem alterações*

FATORES QUE INFLUENCIAM NA REGULAÇÃO:

OUTROS:

### \* HORMONAL

ALTERAÇÕES: *climatério, sem reposição hormonal*

PROBLEMAS TERAPÊUTICOS RELACIONADOS:

OUTROS:

### \* NEUROLÓGICA

NÍVEIS DE CONSCIÊNCIA: *períodos de esquecimentos*

CONVULSÕES: *ausente*

VERTIGENS: *ausente*

CRISES CONVERSIVAS: *ausente*

OUTROS:

### \* HIDROLETROLÍTICA

SEDE: *pouco manifestada*

OUTRS MANIFESTAÇÕES DE PERDA DE LÍQUIDOS: *sudorese intensa*

RETENÇÃO DE LÍQUIDOS: *edema de MMII e distensão abdominal*

### \* VASCULAR

PULSO: *arritmico e filiforme*

PRESSÃO ARTERIAL: *hipertensão*

VARIZES: *ausentes*

OUTROS:

### \* CRESCIMENTO CELULAR

PROBLEMAS GERAIS: *sem problemas*

PROBLEMAS RELACIONADOS COM QT: *não realiza*

PROBLEMAS RELACIONADOS COM RT: *não realiza*

## 11. PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

VISUAL: *acuidade visual diminuída*

AUDITIVA: *sem problemas*

OLFATIVA: *sem problemas*

TÁTIL: *sem problemas*

GUSTATIVA: *sem problemas*

DOLOROSA: *dor abdominal à palpação e em região cervical dor intermitente*

## 12. NECESSIDADES TERAPÊUTICAS

CONDIÇÃO MÚSCULAR PARA TERAPIA IM: *massa muscular diminuída*  
CONDIÇÃO DA REDE VENOSA PARA TERAPIA EV: *visível*  
NECESSIDADE DE TERAPÊUTICA ESPECÍFICA: *uso heparina SC*  
AUTO – MEDICAÇÃO: *não realiza*  
OUTROS:

### 13. SEXUALIDADE

PROBLEMAS RELACIONADOS COM OS ÓRGÃOS GENITAIS: *edema*  
PROBLEMAS RELACIONADOS COM A VIDA SEXUAL:  
OUTROS:

### 14. SEGURANÇA FÍSICA

NECESSIDADES DE PREVENÇÃO DE QUEDAS: *deambular com auxílio de outra pessoa ou de corrimão*  
EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA: *não necessita*  
OUTROS:

### 15. MEIO AMBIENTE

NECESSIDADES DE MEDIDAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS AO AMBIENTE HOSPITALAR: *uso de cadeira para banho de aspersão*  
NECESSIDADES DE MEDIDAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS AO AMBIENTE DOMICILIAR: *melhoramento de acesso à casa, de acesso ao sanitário, do local em que dorme, colocação de corrimão em escadas*

### NECESSIDADES PSICOSOCIAIS E ESPIRITUAIS

#### 16. SEGURANÇA EMOCIONAL

SAUDADES DO LAR: *sente saudade de casa, mas ao mesmo tempo não quer voltar pois a paciente relata muitos problemas (financeiros, e onde morar?)*  
RECEIO DE SOFRIMENTO: *medo de ficar sozinha e de morrer*  
MUDANÇA DE AMBIENTE: *adaptou-se bem ao ambiente hospitalar*  
DESCONHECIMENTO DA DOENÇA:  
OUTROS:

#### 17. AMOR, AFETO, ATENÇÃO:

MANIFESTAÇÕES DE CARÊNCIA: *constantemente chorosa e queixando-se da falta de atenção dos filhos*

---

#### 18. AUTO-IMAGEM, ACEITAÇÃO, AUTO-ESTIMA:

MANIFESTAÇÕES DE DESIQUILÍBRIO: *relata que: “Está tudo estragado”; “Não sirvo mais para nada”; “Não posso fazer mais nada”*

#### 19. AUTO-REALIZAÇÃO

MANIFESTAÇÕES DA NÃO REALIZAÇÃO: *refere descontentamento por não poder realizar pequenas tarefas do dia-a-dia*

#### 20. LIBERDADE, PARTICIPAÇÃO

PARTICIPA PLANO TERAPÊUTICO: *participativa dentro das possibilidades de sua patologia*  
LIMITA-SE ÀS NORMAS ESTABELECIDAS PELA INSTITUIÇÃO: *nem sempre, pois mostra descontentamento quando discorda de algo*  
LIMITAÇÃO DA LIBERDADE RELACIONADA AOS HÁBITOS E COSTUMES: *restrição do uso do chimarrão e café*  
PARTICIPA DAS ATIVIDADES PROPOSTAS: *pouco, devido a dispnéia intensa*  
PARTICIPAÇÃO NA SOCIEDADE: *apenas em cultos evangélicos*

#### 21. COMUNICAÇÃO

VOZ E FALA: (ROUQUIDÃO, SENSIBILIDADE DOLOROSA AO FALAR, AFASIA, DISFASIA, BRADIFASIA, HIPOFASIA, LOGORRÉIA, MUTISMO, SURDEZ, MURMURA PALAVRAS, FALA CHOROSA, DOMINA A CONVERSAÇÃO) OUTROS:  
EXPRESSÃO DA MENSAGEM: (VERBAL, GESTOS, OLHAR, ESCRITO) OUTROS:  
IDIOMA FALADO: *Português*

#### 22. GREGÁRIA



ISOLAMENTO: (NÃO GOSTA DE RECEBER VISITAS; CONVERSA SÓ QUANDO INTERPELADO; NÃO PERTENCE A GRUPOS NA COMUNIDADE, NO TRABALHO, NO HOSPITAL; REFERE NÃO TER AMIGOS) OUTROS: *É bem comunicativa, porém as restrições de sua patologia não permitem uma maior participação em sociedade*

23. RECREAÇÃO, LAZER  
HOBBIE: *gosta de ler a Bíblia*  
APTIDÕES MANUAIS: *não possui*  
GOSTA DE JOGOS, LEITURAS, MÚSICAS, PROGRAMAS DE TV. QUAIS: *escutar rádio, cantar no coral da igreja*

24. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE  
ORIENTAÇÕES SOBRE OS PROBLEMAS LEVANTADOS NAS DEMAIS N H B: *orientações quanto alimentação, melhorar a dispnéia*  
ORIENTAÇÕES SOBRE OS RECURSOS DISPONÍVEIS NA COMUNIDADE: *orientações sobre o PSF, atuação de agentes comunitários, aquisição de medicações e consultas em Posto de Saúde*  
ORIENTAÇÕES QUANTO A NECESSIDADE DE REALIZAR EXAMES PERIÓDICOS DE SAÚDE: *com oftalmologista, e retorno médico no HU*  
NECESSIDADE DE ORIENTAR SOBRE O SANEAMENTO BÁSICO: *orientações sobre o preparo correto dos alimentos, a importância da higiene da casa, destino correto do lixo, uso de água tratada*

25. NECESSIDADE RELIGIOSA E ESPIRITUAL  
SOLICITA A PRESENÇA DO CLÉRICO, PASTOR: *Não* OUTROS:  
SENTE FALTA DAS ATIVIDADES RELIGIOSAS? *Sim* SENTE FALTA DO LOCAL PARA AS ORAÇÕES? *Sim*  
EXPLICA SUA DOENÇA EM BASES RELIGIOSAS? *Sim. "Deus está me castigando"*  
POSSUI UMA COMPREENSÃO PESSOAL DE SI, DA DOENÇA, DO ENVELHECIMENTO E DA FAMÍLIA? *Sim. Tem suas próprias idéias e conclusões a respeito de si e de sua família*

6 REVISÃO DOS SINTOMAS E SINAIS RELACIONADOS *da doença (NIREG 40)*

PRIMEIRA INTERNAÇÃO

	ANOREXIA		SÍNCOPE
	FADIGA (2)	X	DOR ABDOMINAL
X	PERDA DE PESO		PRISÃO DE VENTRE
	GANHO DE PESO		DISPEPSIA
	DOR DE CABEÇA		FREQUÊNCIA URINÁRIA E/OU URGÊNCIA
X	INSÔNIA		NICTÚRIA
	HIPERSONIA (2)		INCONTINÊNCIA URINÁRIA (1)
X	DISFUNÇÃO VISUAL (1)	X	TONTURA/INSTABILIDADE (3) (1)
	PERTURBAÇÃO VISUAL PROVISÓRIA	X	QUEDAS (3) (1)
	DESCONFORTO DENTAL (DENTADURA) (4)		PROBLEMAS NS PÉS (3) (1)
	LESÃO/SANGRAMENTO BUCAL (4)	X	FRAQUEZA LOCAL OU PERDA SENSORIAL (1)
X	DESCONFORTO NO PEITO EM RAZÃO DE ESFORÇOS		ESQUECIMENTO (5) (2)
X	ORTOPNÉIA		CONDUTA DESTRUTIVA
X	EDEMA		ANSIEDADE (2)
	CLAUDICAÇÃO (3)	X	TRISTEZA (2)
	DOR NAS ARTICULAÇÕES (3) E (1)		PERAMBULAÇÃO (5)

(Aplicar anexos 1, 2 e 3)

ANTES DA ALTA

	ANOREXIA		SÍNCOPE
	FADIGA (2)		DOR ABDOMINAL
	PERDA DE PESO		PRISÃO DE VENTRE
	GANHO DE PESO		DISPEPSIA



VISÍVEIS: (X) SIM ( ) NÃO  
ROTULADOS: (X) SIM ( ) NÃO  
NOS PRAZOS DE VALIDADE: (X) SIM ( ) NÃO  
DE FÁCIL ACESSO AO IDOSO: ( ) SIM (X) NÃO  
ESTÃO CLAROS OS HORÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO: ( ) SIM (X) NÃO  
UTILIZADOS CORRETAMENTE ( SEGUNDO PRESCRIÇÃO): ( ) SIM (X) NÃO

4 NECESSIDADES DE DIETAS ESPECIAIS

QUAL? Hipossódica  
SEGUE? ( ) SIM (X) NÃO, PORQUE não gosta de comida sem sal

5 AVALIAÇÃO FÍSICA

PESO REFERIDO: \_\_\_\_\_ Kg  
SINAIS VITAIS FC: 68 bpm FR: 20 mpm PA: 130 X 80 mmHg  
PULSO: RÍTMICO ( ) SIM (X) NÃO  
DÉFICIT AUDITIVO: ( ) SIM (X) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
DÉFICIT VISUAL: (X) SIM ( ) NÃO OBS: Não usa óculos  
AUSCULTA PULMONAR: Estertores em lobos inferiores direito e esquerdo  
AVALIAÇÃO ABDOMINAL: Abdome distendido  
EDEMA: (X) SIM ( ) NÃO OBS: Em membros inferiores +/-  
VARIZES: ( ) SIM (X) NÃO OUTROS: \_\_\_\_\_  
ÚLCERAS DE PRESSÃO: ( ) SIM (X) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
MANCHAS: ( ) SIM (X) NÃO OBS: \_\_\_\_\_

6 ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS

REFLEXOS: (X) SIM ( ) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
PARESIAS: (X) SIM ( ) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
PARALISIAS: ( ) SIM (X) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
ORIENTAÇÃO: (X) SIM ( ) NÃO OBS: \_\_\_\_\_

7. ALTERAÇÕES MUSCULOESQUELÉTICAS

DOR ARTICULAR: ( ) SIM (X) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
CLAUDICAÇÃO: ( ) SIM (X) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
MIALGIA: ( ) SIM (X) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
FRATURAS: ( ) SIM (X) NÃO OBS: \_\_\_\_\_  
DEAMBULAÇÃO: (X) SEM AJUDA ( ) COM AJUDA DE \_\_\_\_\_  
EQUILÍBRIO: (X) SIM ( ) NÃO OBS: \_\_\_\_\_

8. REVISÃO DOS SINAIS E SINTOMAS APRESENTADOS

	ANOREXIA		SÍNCOPE
	FADIGA (2)		DOR ABDOMINAL
	PERDA DE PESO		PRISÃO DE VENTRE
	GANHO DE PESO		DISPEPSIA
	DOR DE CABEÇA		FREQUÊNCIA URINÁRIA E/OU URGÊNCIA
	INSÔNIA		NICTÚRIA
	HIPERSONIA (2)		INCONTINÊNCIA URINÁRIA (1)
X	DISFUNÇÃO VISUAL (1)		TONTURA/INSTABILIDADE (3) (1)
	PERTURBAÇÃO VISUAL PROVISÓRIA		QUEDAS (3) (1)
	DESCONFORTO DENTAL (DENTADURA) (4)		PROBLEMAS NS PÉS (3) (1)
	LESÃO/SANGRAMENTO BUCAL (4)	X	FRAQUEZA LOCAL OU PERDA SENSORIAL (1)
X	DESCONFORTO NO PEITO EM RAZÃO DE ESFORÇOS		ESQUECIMENTO (5) (2)
X	ORTOPNEIA		CONDUTA DESTRUTIVA
X	EDEMA		ANSIEDADE (2)
	CLAUDICAÇÃO (3)		TRISTEZA (2)

	DOR NAS ARTICULAÇÕES (3) E (1)		PERAMBULAÇÃO (5)
--	--------------------------------	--	------------------

(Aplicar anexo 1)

---

ANEXOS DO NIPEG (ANEXO 1 DO PROCESSO)

- (6) APLICAR MODELO GERENTE DE AUTONOMIA
- (7) APLICAR INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO
- (8) APLICAR QUESTIONÁRIO DE QUEDAS
- (9) APLICAR AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA
- (10) APLICAR INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO MINIMENTAL

## II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- *Integridade cutâneo mucosa alterada relacionada à deficiência nutricional e hídrica e evidenciada por emagrecimento, pele ressecada e descamativa*
- *Déficit para cuidado corporal relacionado às condições sócio-econômicas precárias, fadiga e à intensa dispnéia sendo evidenciado por pediculose, prurido capilar, região bucal com restos alimentares;*
- *Risco para integridade física relacionado a seqüelas de AVC, acuidade visual diminuída, tonturas e quedas;*
- *Instabilidade emocional relacionada a condições sócio-econômicas deficitárias, medo, ansiedade e história familiar, evidenciada por choros, prostração, queixas e apatia;*
- *Padrão respiratório ineficaz relacionado ao ICC, ansiedade, fadiga, dor, distensão abdominal, evidenciado por irritabilidade, sonolência, dispnéia e ortopnéia;*
- *Déficit de conhecimento sobre os procedimentos e de cuidados recomendados para o domicílio, relacionado ao baixo nível sócio-econômico e de escolaridade, evidenciado por dificuldades de compreensão para a educação em saúde;*
- *Débito cardíaco diminuído relacionado à patologia primária (HAS) e evidenciado por engurgitamento das jugulares externas, arritmia cardíaca, variação da PA, oligúria, pulso periférico diminuído, dispnéia, ortopnéia e inquietação;*
- *Risco para déficit de líquido relacionado à baixa ingesta hídrica e ao uso de medicamento diuréticos;*
- *Integridade tissular prejudicada relacionada à terapia medicamentosa e evidenciada por hematoma em região abdominal;*
- *Alteração visual relacionada à baixa acuidade e evidenciada por dificuldades na leitura e história de quedas.*

## III. PLANEJAMENTO

- *Prestar cuidados com integridade cutâneo-mucosa;*
- *Manter cuidados com higiene corporal;*
- *Garantir segurança e integridade física;*
- *Dar apoio emocional;*
- *Favorecer padrão respiratório eficaz;*
- *Orientar quanto a educação em saúde;*
- *Manter cuidados com equilíbrio hidroeletrólítico;*
- *Favorecer integridade tissular;*



## **IV. PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

### **IV.A HOSPITALAR (Anexo 6 do Processo)**

### **IV B. DOMICILIÁRIA PARA O IDOSO E FAMILIAR CUIDADOR (Anexo 7 do Processo)**

## **V. EVOLUÇÃO HOSPITALAR (Anexo 8 do Processo)**

(Escolhemos 3 evoluções do período de internação hospitalar que refletem a situação da cliente no início, meio e término da internação)

06/09/2001

**P1**

**S:** Cliente refere desconforto abdominal e respiratório. Diz não ter dormido bem, durante a noite por estar longe da família. Sente tristeza grande por estar internada. "Estou sem saúde".

**O:** Comunicativa, orientada, fica maior período do tempo no leito, queixosa e chorosa. Acompanhada por sua filha. Apresenta dispnéia moderada aos esforços com uso de catéter de oxigênio tipo óculos 3 l/min, astênica, abdome distendido e timpânico, tosse seca ocasional, taquipnéica, estertores e roncos ocasionais, panturrilhas livres, edema em MMII ++/4. Eliminações presentes com um episódio de evacuação semi-pastosa. Apresenta prurido em couro cabeludo. PA:100X80mmHg, FC:105bpm, FR:28mpm.

**A:** Insegurança emocional relacionada a internação e distância familiar

Déficit respiratório relacionado a DPOC

Presença de pediculose em couro cabeludo

**P:** Prestar cuidados com segurança emocional

Prestar cuidados com padrão respiratório eficaz

Prestar cuidados com higiene corporal

15/09/2001

**P1**

**S:** Refere dificuldade respiratória quando deitada em leito. Sem queixas álgicas. Diz sentir dificuldade para leitura.

**O:** Cliente comunicativa, orientada, deambulante com auxílio. Hipocorada, ortopneica e levemente dispneica. No período apresentou dispnéia súbita e engurgitamento das carótidas, PA: 150X90 mmHg, batimento cardíaco em ritmo de galope, chamado plantão do andar o qual a avaliou e medicou com Cedilamine e Furosemida, quadro cedeu. Em uso de catéter tipo óculos 2 l/min. Aceita parte da dieta fornecida. Eliminações presentes. Pediculose em tratamento com Tetmozol. PA:120X70mmHg, FC:92bpm, FR:25mpm.

**A:** Piora súbita com o estado respiratório.

**P:** Manter cuidados com padrão respiratório

Encaminhada para oftalmologia

28/09/2001

**P1**

**S:** Sem queixas álgicas.

**O:** Comunicativa, orientada, deambulante, eupnéica, corada, hidratada, abdome levemente distendido e normotenso. Aceita dieta oferecida. Eliminações presentes. PA:100X70mmHg, FC:78bpm, FR:2 mpm.

**A:** Melhora do estado geral

**P:** Orientar quanto a alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial e domiciliário.

## **VI. PROGNÓSTICO**

A paciente apresentou uma melhora importante do quadro de dispnéia, das condições nutricionais e da instabilidade emocional. Houve também involução do edema, tendo portanto a mesma, um prognóstico favorável para a alta hospitalar.

### **DATA DA ALTA HOSPITALAR:**

#### **➤ ORIENTAÇÕES PARA A ALTA**

Paciente orientada quanto a importância de seguir o tratamento terapêutico, utilizando as medicações prescritas nos horários e doses corretas. Estimulada quanto ao aumento de ingesta hídrica e alimentar, ressaltando a importância da restrição sódica. Orientada para dormir com a cabeceira elevada e procurar o posto de saúde local para a aquisição de medicamentos e assistência médica, quando necessária. Foi reforçado o dia do retorno médico no HU, bem como a realização da nossa visita domiciliar.

#### **➤ AGENDAMENTO DA PRIMEIRA VISITA DOMICILIÁRIA**

**DATA:** 05/10/2001      **HORÁRIO:** 10:00 horas

## VII. EVOLUÇÃO DOMICILIÁRIA

DATA: 05/10/2001

**S:** *Cliente refere que na noite anterior não dormiu bem pois teve uma “crise de falta de ar”, que piorou após o marido ter utilizado repelente para mosquitos. Relata que devido a falta de ar intensa não está conseguindo se alimentar direito, sair de casa, caminhar e até mesmo ir ao Posto de Saúde para fazer nebulização, já que sua casa não possui energia elétrica. Refere que por não possuir banheiro, utiliza o da sua filha que mora ao lado. O banho é realizado em sua própria casa, em uma banheira de criança. Informa que quem faz a comida é a sua filha, já que não possui fogão em sua casa. Disse que está se sentindo melhor em casa, pois tem a liberdade de realizar as suas atividades no momento em que deseja. O esposo refere dúvidas quanto a aquisição e horários das medicações. Relata também que devido ao atraso no seu salário da aposentadoria, não consegue comprar alimentos, ficando dependente das filhas para tal.*

**O:** *A casa está localizada sobre as dunas, possui entre 6 a 8 metros quadrados, sendo de madeira, com espaçamento entre as tábuas, favorecendo a entrada de vento e areia. É de difícil acesso pois é alta, possuindo uma escada íngreme, com degraus espaçados. A mesma é composta por apenas um cômodo, sem energia elétrica, água encanada e banheiro. O casal dorme em um colchão de espuma, no chão. Por volta da casa há lixos espalhados e a presença de vários cachorros. A cliente estava esperando na porta, arrumada, os cabelos penteados e vestindo uma roupa de passeio. Apresentava-se emagrecida, hipocorada, abdome levemente distendido. No momento da visita apresentou um episódio de dispnéia intensa com aumento da frequência cardíaca (100 bpm) e taquipnéia. FC: 60 bpm PA: 110 x 60 mmHg FR: 20 mpm*

**A:** *- dispnéia intensa relacionada ao ICC, estimulado pelo uso de repelentes, exposição ao vento e areia e dificuldade em realizar oxigenoterapia;*

*- dificuldade em alimentar-se relacionado à dispnéia intensa e abdomen distendido;*

*- dificuldade de locomoção e mobilidade, principalmente ao banheiro e Posto de Saúde, relacionada a dispnéia;*

*- déficit de conhecimento quanto ao uso adequado das medicações;*

*- alimentação e habitação inadequadas devido às condições sócio-econômicas precárias;*

*- abdome distendido relacionado ao ICC, a pouca ingesta hídrica e alimentar e imobilidade.*

**P:** *Prestar cuidados com educação em saúde;*

*Manter cuidados com dispnéia intensa, abdome distendido e alimentação adequada;*

*Orientar a respeito das medicações;*

*Informar sobre questões sanitárias e de higiene;*

*Realizar sistema de referência e contra-referência;*

## AGENDAMENTO DA SEGUNDA VISITA DOMICILIÁRIA

DATA: 23/10/2001 HORÁRIO: 10:00 HORAS

**S:** *Relatou que nos últimos dias não havia se sentido muito bem, devido a falta de ar intensa, “inchaço” nas pernas e barriga. Diz alimentar-se pouco pois tudo lhe faz enjoar. Seu esposo nos informa que na noite de 18 de outubro, precisou levá-la para a emergência do Hospital Universitário, acompanhada pela Polícia Militar. Cliente referiu, conforme nossa orientação anterior, que estaria utilizando um urinol para não despender-se até o sanitário localizado na rua. Ainda informaram-nos que não haviam conseguido a madeira para forração da casa, como sugerido.*

**O:** *Cliente apresentava-se hipocorada, emagrecida, astênica, edema em MMII ++/4 e abdome globoso. Observou-se a presença de estertores nos lobos pulmonares inferiores. Percebemos que a casa já havia fogão e água encanada para a pia da cozinha. FC: 68 bpm PA: 110 x 70 mmHg FR: 24 mpm*

**A:** *Piora do estado geral.*

**P:** *Reforçar orientações para educação e saúde.*

## **VIII. PROGNÓSTICO**

Paciente apresentou piora do quadro, com intensificação da dispnéia, emagrecimento, reaparecimento de edema em MMII e distensão abdominal. Este quadro foi agravado não só pela evolução da patologia, mas também pelas condições sócio-econômicas precárias, colocando a paciente em um prognóstico desfavorável.

*Observação:* A paciente apresentou piora do seu estado geral, necessitando de nova internação.

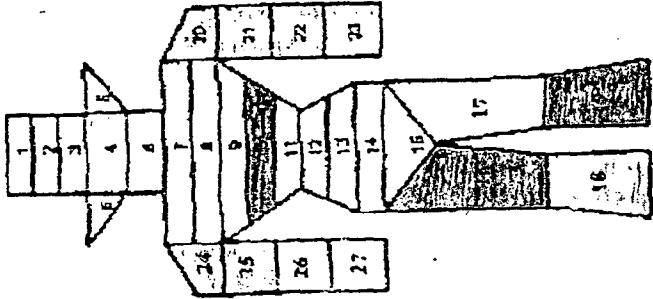
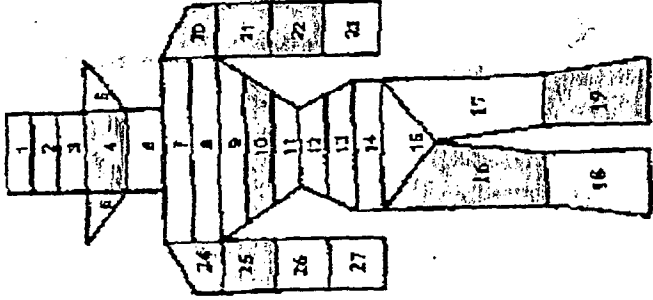
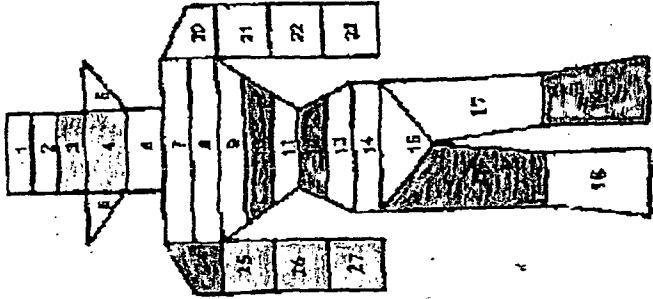


LEGENDA:

- Mentais**  
 01 - coerência  
 02 - orientação no tempo e espaço  
 03 - integração social
- Sensoriais**  
 04 - visão  
 05 - audição  
 06 - tato e paladar
- Corporais**  
 07 - higiene da parte mais alta  
 08 - higiene da parte mais baixa  
 09 - vestir a parte mais alta  
 10 - vestir a parte média  
 11 - vestir a parte mais baixa  
 12 - alimentar-se normalmente  
 13 - alimentar-se com algum recurso  
 14 - controle urinário  
 15 - controle intestinal
- Locomotoras**  
 16 - subir  
 17 - modo de deslocamento  
 18 - deslocamento interno  
 19 - deslocamento externo
- Sociais domésticas internas**  
 20 - cozinhar  
 21 - trabalhos domésticos  
 22 - lidar com utensílios comuns  
 23 - comunicação
- Sociais domésticas externas**  
 24 - uso de roupas  
 25 - compras  
 26 - visitas  
 27 - validez social

Avaliação:

Sombrear os compartimentos correspondentes do Geronte aos diferentes itens de atividade em cinza e preto respectivamente à perda parcial e total da autonomia. Os compartimentos não sombreados significam autonomia total nas atividades correspondentes.

	 <p>Avaliador: <u>Melissa</u>              Data: <u>12/09/01</u>              Início da internação hospitalar</p>	 <p>Avaliador: <u>Scheila</u>              Data: <u>28/09/01</u>              Alta hospitalar</p>	 <p>Avaliador: <u>Maira</u>              Data: <u>05/10/01</u>              Visita domiciliar</p>
--	--	--	---

## GUIA INSTRUCIONAL PARA O USO DO MODELO GERONTE

### A) O compartimento das atividades mentais subdivide-se em três itens:

1 - *Coerência*: avalia-se após uma conversação coloquial, onde deve ser verificada a lógica na colocação das idéias.

2 - *Orientação no tempo e no espaço*: é também observado na conversação com perguntas dirigidas com relação ao dia, mês, ano, dia da semana e o local onde se encontra, o que permitirá captar o nível de perda ou não da orientação temporal e espacial.

3 - *Integração social*: este item pode melhor ser captado observando o comportamento do idoso, o tipo de relacionamento com as pessoas.

### B) Atividades Sensoriais (3 itens):

4 - *Visão*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta o seu viver diário.

5 - *Audição*: perguntar se tem problemas. Caso positivo, em que medida dificulta o seu viver diário.

6 - *Tato e paladar*: perguntar quanto à percepção tátil e do paladar, para avaliar o nível de perdas.

### C) Atividades Corporais (9 itens):

7 - *Tomar refeições sem recursos auxiliares*: observar e perguntar ao idoso, sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se.

8 - *Alimentar-se com recursos auxiliares (sonda gástrica, utensílios especiais)*: observar e perguntar ao idoso, sobre o nível de dificuldade no ato de alimentar-se com os recursos auxiliares.

9 - *Higienização das partes altas*: perguntar ou observar durante o banho, o quanto o idoso é autônomo nesta atividade.

10 - *Vestir e arrumar-se na parte mais alta*: perguntar ou observar durante o banho e toalete matinal e noturno, quanto o idosos é autônomo nas atividades. Por exemplo: de vestir camiseta, amarrar cordão, pentear-se, escovar dentes, lavar dentadura, bochechar, barbear no caso do homem e maquiar-se no caso das mulheres, etc.

11 - *Vestir e arrumar-se na parte média*: idem às observações do item 9. Exemplo: fechar e abrir zíper, vestir calça, meia calça, etc.

12 - *Vestir e arrumar-se na parte mais baixa*: idem às observações do item 9, com exemplos de calçar meia, sapatos, sandálias, chinelos, amarrar cordão de sapatos, fivelar sandálias, etc.

13 - *Higienização das partes mais baixas*: perguntar ou observar durante o banho, o quanto o idosos é autônomo nesta atividade.

14 - *Controle urinário*: observar e perguntar se há problemas. Se sofre de incontinência urinária, qual o nível de manejo em termos de autonomia do idoso para a situação.

15 - *Controle intestinal*: observar e perguntar se há problemas, seja incontinência ou constipação. Em caso positivo, verificar o nível de manejo em termos de autonomia do idoso para a situação.

### D) Atividades locomotoras (4 itens):

16 - *Subir (escada, rampa, morro)*: observar e perguntar ao idoso, o nível de dificuldade no desempenho deste ato.

17 - *Deslocamento por meio de recursos auxiliares (bengala, muleta, andador, cadeira de rodas)*: observar e perguntar o nível de dificuldade na locomoção com meios auxiliares.

18 - *Deslocamento interno (entre um cômodo e outro da moradia; da cama para cadeira e mesa; e vice-versa)*: perguntar e observar as dificuldades ou não no desempenho desta atividade.

19 - *Deslocamento externo (fora da moradia)*: perguntar sobre as dificuldades no uso do ônibus, carro, ou como pedestre, na rua (para visitas, consultas, compras e outras necessidades), ou para movimentação fora de casa, quintal ou jardim.

### E) Atividades Sociais Internas (4 itens):

20 - *Cozinhar e/ou lavar roupinhas*: observar e perguntar das dificuldades quanto a estas atividades.

21 - *Lidar com trabalhos doméstico/manuais*: idem às observações do item 20.

22 - *Lidar com utensílios comuns na limpeza e arrumação (vassouras, rodo, pano de pó, etc.)*: idem 20.

23 - *Comunicação*: observar e perguntar se há problemas nesta área e quanto dificulta no seu viver diário.

### F) Atividades Sociais Domésticas Externas (4 itens):

24 - *Uso de transporte*: perguntar se usa e se tem alguma dificuldade.

25 - *Compras*: perguntar se atualmente sai para fazer suas compras. Se não, por quê? Se sim, com dificuldades?

26 - *Visitas*: perguntar se sai de casa para fazer visitas. Que dificuldades tem para fazer visitas.

27 - *Validade social*: observar pelo comportamento do idoso, e pela sua resposta à pergunta, se sente útil, válido ou que se vê tendo controle de si.

## INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO

Fonte: GUZ, I. *Depressão: o que é, como se diagnostica e trata*. S.P.: Roca, 1990.

Cliente: Artemis

Idade: 64 Sexo: Feminino

Nº Prontuário do H.U.: \_\_\_\_\_

O questionamento contém diferentes conjuntos de afirmações. Escolha, em cada um dos grupos de perguntas abaixo relacionadas, uma frase que melhor descreva o modo como se sentiu na última semana, incluindo o dia em que está respondendo a este questionário.

Assinale, com um círculo, o número ao lado da frase escolhida.

Se várias frases se aplicarem ao que sente, assinale, com um círculo, o número mais alto. Tenha certeza de ter lido todas as frases em cada um dos grupos, antes de fazer a sua escolha.

1. ☒ 0 - Não me sinto triste  
1 - Sinto-me triste  
2 - Estou triste todo o tempo e não consigo livrar-me desse sentimento  
3 - Estão tão triste ou infeliz que não agüento mais.

2. 0 - Não me sinto desencorajado em relação ao futuro  
☒ 1 - Sinto-me desencorajado em relação ao futuro  
2 - Sinto que não tenho mais nada de bom pela frente  
3 - Não tenho esperanças quanto ao futuro e acho que nada mais vai melhorar na minha vida.

3. 0 - Não me sinto fracassado  
☒ 1 - Sinto que fracassei mais do que as outras pessoas  
2 - Quando penso em minha vida só vejo derrotas  
3 - Sinto que sou um total fracasso

4. ☒ 0 - Tenho prazer nas coisas que faço  
1 - Não tenho prazer no que faço  
2 - Não tenho mais prazer em nada  
3 - Estou infeliz e aborrecido com tudo

5. 0 - Não me sinto culpado de nada  
1 - Sinto-me culpado, às vezes  
2 - Sinto-me culpado a maioria das vezes  
☒ 3 - Sinto-me sempre culpado

6. 0 - Não acho que estou sendo punido por alguma coisa  
☒ 1 - Sinto que estou sendo punido por alguma coisa  
2 - Espero ser punido por alguma coisa  
3 - Sinto que estou sendo punido por ter feito alguma coisa má

7. ☒ Não me sinto pior que as outras pessoas  
1 - Estou desapontado comigo mesmo  
2 - Estou desgostoso comigo mesmo  
3 - Eu me odeio.
8. ☒ Não me sinto pior do que as outras pessoas  
1 - Sou muito crítico sobre minhas fraquezas e os erros que cometo  
2 - Recrimino-me todo o tempo pelos erros que cometi  
3 - Recrimino-me por tudo de mal que acontece
9. ☒ Não penso em me matar  
1 - Tenho idéias de me matar, mas não vou fazê-lo  
2 - Gostaria de me matar  
3 - Se tivesse oportunidade, eu me mataria
10. ☐ Não choro mais do que costumava fazê-lo  
☒ Choro mais do que costumava fazê-lo  
2 - Choro o tempo todo  
3 - Costumava chorar, mas agora, mesmo que eu queira, não consigo.
11. ☐ Não estou mais irritado que de costume  
1 - Aborreço-me ou irrito-me mais facilmente do que costumava fazê-lo  
☒ Sinto-me irritado todo o tempo  
3 - Irrito-me com coisas que antes não irritavam
12. ☒ Não perdi o interesse nas pessoas  
1 - Estou menos interessado nas pessoas que antes  
2 - Perdi o interesse nas pessoas  
3 - Perdi todo o meu interesse nas pessoas
13. ☒ Continuo decidido como sempre  
1 - Deixo de tomar mais decisões do que tomava anteriormente  
2 - Tenho mais dificuldade que anteriormente para tomar decisões  
3 - Não consigo tomar decisões
14. ☐ Não me sinto com pior aspecto que antes  
☒ Estou preocupado com o fato de estar parecendo velho e desajeitado  
2 - Sinto que estou mudando e ficando uma pessoa desagradável  
3 - Acho que estou feio e/ou desagradável.
15. ☐ Trabalho como sempre trabalhei  
1 - Tenho que fazer mais esforço para começar alguma coisa  
2 - Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa  
☒ Não consigo fazer nada
16. ☐ Estou dormindo como sempre dormi  
☒ Não durmo tão bem como antes  
2 - Acordo 2 a 3 horas mais cedo que antes e demoro para voltar a dormir  
3 - Não consigo fazer nada

17. 0 - Não me canso mais do que antes  
1 - Canso-me mais facilmente que antes  
☒ 2 - Canso-me com qualquer esforço  
3 - Estou sempre cansado.
18. ☒ 0 - Meu apetite está igual ao que era antes  
1 - Meu apetite não é tão bom como era antes  
2 - Meu apetite agora está muito pior do que antes  
3 - Não tenho apetite.
19. 0 - Ultimamente, não perdi peso  
☒ 1 - Perdi mais de 250g.  
2 - Perdi mais de 5Kg.  
3 - Perdi mais de 7,5Kg.  
Estou tentando perder peso e estou comendo menos (de propósito)  
Sim ( ) Não ( )
20. 0 - Não me preocupo com minha saúde mais do que o necessário  
1 - Preocupo-me com algumas dores e mal-estares, como distúrbios gástricos e/ou obstipação  
☒ 2 - Estou muito preocupado com minha saúde e não consigo deixar de pensar nisso  
3 - Estou tão preocupado com minha saúde que não consigo pensar em outra coisa
21. 0 - Não notei diferença quanto ao meu apetite sexual  
1 - Estou menos interessado em sexo do que de costume  
2 - Estou, agora, muito menos interessado em sexo do que de costume  
☒ 3 - Perdi completamente o interesse sexual.

A avaliação global do BDI é feita através da soma dos números - ao lado das perguntas - conferidos aos itens selecionados pelo cliente. O item da perda proposital de peso (item 19) não é computado. Um resultado de 0 - 9 é considerado normal; 10 - 15 sugere a existência de uma depressão leve; 16 - 23 de uma depressão média e 24 ou mais pontos, de depressão severa.

Total de pontos obtidos em 15/09/2009: 22 pontos  
Aplicado por: Maira, Melissa, Scheila



### ANEXO 3 - NIPEG/HU/UFSC

O questionário de Marcha vem sendo adotado experimentalmente junto aos clientes do NIPEG, para teste de sua aplicabilidade, em 1999. Faz parte do conjunto de instrumentos de Avaliação Multidimensional Gerontogeriatrica em construção no NIPEG.

#### Questionário sobre Marcha

	Sempre	Habitualmente	Algumas Vezes	Nunca
1 - Caminha com dificuldade	X			
2 - Caminha com ajuda:		X		
• de uma pessoa		X		
• de duas pessoas				X
• de um andador				X
• de muletas ou bengala				X
3 - É totalmente acamado				X

4 - História de queda nos últimos 12 meses: Sim

- Quantas vezes? 3
- Fraturas? (onde) Não
- Contou a alguém sobre a queda? Sim, ao esposo e às filhas
- Local da queda? Banheiro
- Por que caiu? Sentiu tontura
- Tem medo de novas quedas? Sim
- Outras observações:  
Refere que sempre avisa que está indo ao  
banheiro e nunca tranca a porta por dentro

Cliente: Artemis

Idade: 64

Sexo: Feminino

Nº Prontuário do H.U.: \_\_\_\_\_

Aplicado por: Maita, Melissa, Scheila

Data: 17/09/2001

## MINIEXAME DO ESTADO MENTAL


## Identificação do cliente

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento/idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

N do prontuário do HU: \_\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

	Valor Obtido	Máximo		Valor Obtido	Máximo
<b>Orientação</b>			<b>Linguagem</b>		
1. Qual é o(a)	Ano? _____	1	6. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o		
	Estação? _____	1	paciente dizer o nome desses objetos		
	Data? _____	1	conforme você os aponta		
	Dia? _____	1		_____	2
	Mês? _____	1			
2. Onde estamos?			7. Faça o paciente. Repetir "nem sim, nem		
	Estado? _____	1	Não, nem porque".		1
	País? _____	1			
	Cidade? _____	1	8. Faça o paciente seguir o comando de 3		
	Hospital? _____	1	estágios. "Pegue o papel com a mão direita.		
	Andar? _____	1	Dobre o papel ao meio. Coloque o papel no		
			chão".	_____	3
<b>Registros</b>			<b>9. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte:</b>		
3. Mencione 3 objetos, levando 1 segundo			<b>FECHE OS OLHOS.</b>		
para cada um. Então pergunte ao paciente					
sobre os 3 objetos após você os ter			_____		
mencionado. Estabeleça um ponto para cada			1		
resposta correta. Repita as resposta até o					
paciente aprender todos os três.					
_____			3		
<b>4. Atenção e cálculo</b>			<b>10. Faça o paciente escrever uma frase de sua</b>		
Série de sete. Estabeleça um ponto para cada			própria autoria. (A frase deve conter um		
resposta correta. Interrompa a cada cinco			sujeito e um objeto e fazer sentido.		
respostas. Alternar soletre MUNDO de trás			Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto)		
para frente.			_____		
_____			1		
<b>5. Lembranças</b>			<b>11. Aumente o desenho impresso abaixo para</b>		
Pergunte o nome dos 3 objetos aprendidos na			5cm em cada lado e faça o paciente copiá-lo.		
Questão 3. Estabeleça um ponto para cada			Estabeleça um ponto se todos os lados e ângu-		
resposta correta.			los forem preservados e se os lados da inter-		
_____			seção formarem um quadrilátero.		
_____			_____		
3			1		
					
<b>AValiação</b>			<b>PONTUAÇÕES</b>		
<b>Sugestivo de:</b>			<b>TOTAL DE PONTOS OBTIDOS</b>		
Idosos normais 24-30			Avaliação em ____/____/1999		
Depressão com disfunção cognitiva 9-27					
Declínio mental senil <23					
Demência senil <17 (0-17)					

# Anexo 6

DATA/ HORA	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM CMM	EXECUÇÃO
12/09/01	Problema nº. 01	
11:00	01. Prestar cuidados de rotina GRAU II	T N M
	02. Verificar sinais vitais 3 vezes ao dia	16 22 10
	03. Trocar Jontex	
	04. Trocar catéter de oxigênio - olhos - 5/5 dias	
	05. Observar <u>DISPNEIA</u> <u>CIANOSE</u> <u>EDEMA</u> e <u>astenia</u>	T N M
	06. Observar HIPO/HIPERGLICEMIA	
	07. Observar nível consciência	
	08. Observar reações a QT DIA:	
	09. Observar sangramentos.	
	10. Fazer rodízio: IM: HD HE VLD VLE GD GE	
	DD DE	
	(SC) HD HE VLD VLE GD GE	
	Exceto QSD/QID DD DE QSQ QSE QID QIE	
	11. Fazer curativo(s) em:	
	12. Fazer curativo em SUBCLÁVIA/DISSECÇÃO VENOSA DIA:	
	13. Fazer aspiração TOT/TRAQUEAL/ORAL. DIA:	
	14. Fazer curativo estoma traqueal com S.F. DIA:	
	15. Controlar EXPECTORAÇÃO/DIURESE <u>EVACUAÇÃO</u> SNG.	T N M
	16. Oferecer 1 copo de água morna em jejum.	
	17. Pesar/verificar C. A.	
	18. Estimular hidratação.	
	19. Restringir o paciente.	
	20. Manter cuidados com SOROMA/FLEBITE/EQUIMOSE. DIA:	
	21. Manter cuidados com ESCABIOSE <u>PEDICULOSE</u> . DIA: 13/09	
	22. Manter cuidados com SNG/SNE. DIA:	
	23. Manter grades elevadas.	
	24. Manter leito em Semi-Fowler	T N M
	25. Manter cuidados com politransfundido.	
	26. Prevenir pé equino.	



## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

<b>I. Identificação do Paciente</b>				
Idade:	Est. Civil:	Religião:	Naturalidade:	Escolaridade:
Procedência:	Profissão:		Peso:	Estatura:
Condições do cliente na Internação:				
Diagnóstico Médico:				
<b>II. Percepções e/ou Expectativas</b>				
Internações anteriores: Sim ( ) Não ( ) Quantas: Motivo(s):				
O que sabe sobre sua doença atual:				
Tabagismo ( ) Cigarros/dia: Quantos anos: Etilismo ( ) Tipo de Bebida/Tempo:				
Outras drogas : ( ) Qual(is): Transfusões sanguíneas anteriores ( )				
Expectativas, Medos :				
<b>III. Problemas Relacionados às Necessidades Humanas Básicas</b>				
<b>1. Necessidades Psicobiológicas</b>				
<b>1.1. Oxigenação</b>				
R : mrm. Tosse ( ) Expectoração ( ) Caract.: Dispnéia ( ) Ortopnéia ( ) Cianose ( )				
Catéter Oxigênio ( ) Outros:				
<b>1.2. Hidratação</b>				
Ingesta hídrica/dia: Preferência:				
<b>1.3. Alimentação</b>				
Anorexia ( ) Disfagia ( ) Pirose ( ) Dificuldade para mastigação ( ) Dieta zero ( ) Outros:				
Hábito alimentar:				
<b>14. Eliminações</b>				
Vesical: Disúria ( ) Hematúria ( ) Polaciúria ( ) Oligúria ( ) Anúria ( ) Sonda vesical ( ) Globo vesical ( ) Côndon ( )				
Retenção urinária ( ) Outros:				
Intestinal: Hábito: Constipação ( ) Enterorragia ( ) Melena ( ) Colostomia ( ) Ileostomia ( )				
Jejunostomia ( ) Fezes líquidas ( ) Caract.:				
	a ) Dreno ( ) Tipo: Local:			
Drenagens	b ) Gástrica: Náuseas ( ) -Vômitos ( ) Hematêmese ( ) Caract.:			
	SNG ( ) SNE ( ) Gastrostomia ( ) Outros:			
	c ) Vaginal: leucorréia ( ) menstruação ( ) Metrorragia ( )			
<b>1:5. Sono e Repouso</b>				
Insônia ( ) Agitação ( ) Hábito:				
<b>1:6. Atividade Física</b>				
Pratica Exercícios ( ) Qual(is): Astenia ( ) Miastenia ( )				
Atividade Motora : Problemas para movimentar algum segmento do corpo ( ) Qual(is):				
Deambula ( ) com auxílio ( ) não deambula ( )				
Problemas na locomoção ( ) Faz uso de cadeira de rodas ( ) Muletas ( ) Andador ( ) Outros:				

<b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</b>	<b>DIRETORIA DE ENFERMAGEM</b>	<b>Serviço de Enf Médica</b>
<b>Cliente:</b>	<b>Registro:</b>	

<b>1.7. Integridade Física</b>		
Amputação ( ) Local:	Deformidade ( ) Local:	
Próteses ( )	Outras Cirurgias ( )	
<b>1.8. Integridade Cutâneo - Mucosa</b>		
a) Pele: Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Descamativa ( ) Rush Cutâneo ( ) Escabiose ( ) Lesões ( ) Caract.:		
b) Couro cabeludo: Pediculose ( ) Seborréia ( ) Sujidades ( ) Alopecia ( ) Outros:		
c) Olhos e Pálpebras: Icterícia ( ) Hipocromia ( ) Secreção Ocular ( ) Hiperemia Ocular ( )		
d) Ouvidos: Cerume ( ) Descamação ( )		
e) Boca: Língua saburrosa ( ) Afta ( ) Monilíase (x) Lesões:		
f) Nariz : Epistaxe ( ) Lesões:		g) Dentes: Ausência ( ) Cáries ( )
h) Garganta: Placas ( ) Edema ( ) Hiperemia ( )		
i) Anus: Hemorróidas ( ) Fissura ( )		j) Órgãos Genitais:
k) Abdome: Globoso ( ) Distendido ( ) Timpânico ( ) Flácido ( ) Doloroso à Palpação ( ) Lesões:		
l) MMII: Edema ( ) /4. Lesões ( )		Ausência de Pulsos ( )
<b>1.9. Cuidado Corporal</b>		
Condições de Higiene: Boas ( ) Regulares ( ) Péssimas ( ) Necessita de Auxílio ( ) Necessita Tricotomia Facial ( )		
<b>1.10. Regulações</b>		
a) Térmica : T °C.		
b) Hormonal: Glicemia: mg/dl.		
c) Neurológica: Desorientação ( ) Confusão ( ) Torpor ( ) Coma ( ) Tontura ( ) Cefaléia ( ) Distúrbios Visuais ( )		
Convulsões ( ) Paresia ( ) Parestesia ( ) Hiperestesia ( ) Plegia ( ) Pupilas foto reagentes ( ) Midríase ( ) Miose ( )		
Anisocoria ( )		
d) Hidroeletrolítica : Polidipsia ( ) Edema ( ) Local :		
e) Vascular : PA mmHg P bpm. Precordialgia ( ) Hemorragia ( ) Hemotransfundido ( )		
f) Crescimento Celular : Quimioterapia ( ) Radioterapia ( )		
<b>1.11. Percepção dos Órgãos dos Sentidos</b>		
a) Visual: Acuidade Diminuída ( ) Cegueira ( )		b) Auditiva : Acuidade Diminuída ( ) Surdez ( )
c) Dolorosa:		
<b>1.12. Terapêutica</b>		
Rede Venosa:		Musculatura:
Alergia a medicamento ( ) Qual (is):		
Terapêutica:		
<b>1.13. Sexualidade</b>		
Menarca: anos. DUM: / / . Está menstruada ( ) Faz uso de anticoncepcional ( ) Qual:		
<b>1.14. Segurança Física</b>		
Necessidade de Prevenção de Queda ( ) Motivo:		
Necessidade de Isolamento ( ) Motivo:		
Necessidade de Prevenção de Fugas ( ) Motivo:		
<b>1.15. Meio Ambiente</b>		
Orientado Quanto as Rotinas do Setor ( )		
<b>2. Necessidades Psicossociais e Espirituais</b>		
Segurança Emocional :		
Amor, Afeto, Atenção :		
Auto-imagem, Aceitação, Auto-estima, Auto-realização:		
Liberdade, Participação, Comunicação:		
Criatividade:		
Gregária:		
Recreação, Lazer, Espaço :		
Religiosa, Ética:		
Educação para a Saúde: Necessidade de Encaminhamento e/ ou Orientações sobre sua Patologia ( )		

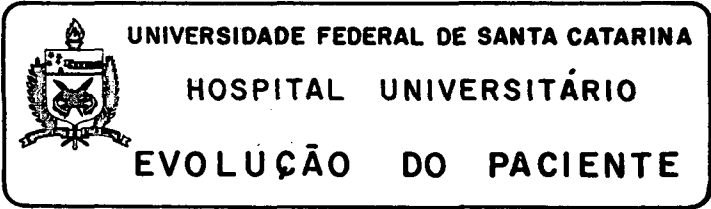
ENFERMEIRA(O):	DATA:	HORA:
----------------	-------	-------





DATA/HORA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

[illegible]

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

## **ANEXO 2**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu \_\_\_\_\_ abaixo assinado, declaro através deste instrumento, meu consentimento para participar como sujeito do Trabalho de Conclusão de Curso **“Assistência humanizada ao idoso hospitalizado e à sua família com continuidade no domicílio”**, a ser realizado pelas alunas da VIII Fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC: Maira Beatriz Kamke, Melissa Orlandi Honório e Scheila Bianchi Marques; com supervisão das Enfermeiras Maria Gliolanda de Oliveira Lima e Bernardete Kreutz Erdtmann e orientação da Professora Dr<sup>a</sup> Lucia Hisako Takase Gonçalves. Declaro ainda que estou ciente de seus objetivos e métodos, inclusive o uso de gravador e publicação de fotos no relatório final deste trabalho, bem como o meu direito de desistir a qualquer momento.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

### **ANEXO 3**



POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

# **PRESSÃO ARTERIAL ALTA**

**O QUE VOCÊ DEVE SABER E FAZER PARA SE PROTEGER**

**ELABORAÇÃO:**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL  
PROGRAMA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL  
FONE: 224-6744 - Ramal: 127





## 2 - O tratamento para a Hipertensão é sempre feito com remédios?

Não. Muitas vezes é necessário o uso de medicamentos que efetivamente abaixam a pressão arterial. No entanto, mesmo usando medicação, é necessário que sejam adotados uma série de cuidados como:

- Redução de peso
- Diminuir o consumo de sal
- Suspensão absoluta do hábito de fumar
- Exercícios físicos regulares (ex. caminhadas)
- Dieta equilibrada

Estes cuidados, entre outros, são também muito importantes no tratamento e controle da hipertensão.

## 3 - O que se sabe sobre peso e pressão arterial?

A Hipertensão é mais frequente entre os obesos e à medida que as pessoas tendem a ganhar peso a pressão também tende a subir. Da mesma forma quando uma pessoa perde peso a pressão tende a baixar. Para alguns hipertensos, principalmente aqueles com níveis pouco elevados, manter o peso adequado é tão importante que eles ficam com a sua pressão sob controle sem necessidade do uso de medicação.

## 4 - Poderá a perda de peso curar a hipertensão?

Não. A pressão arterial elevada não pode ser curada, porém, ela pode ser controlada. Dessa forma, uma vez atingido o peso ideal não significa que a batalha terminou.

Manter a pressão arterial controlada, significa manter o peso no nível adequado, tomar o medicamento, caso tenha sido prescrito por seu médico e manter um controle freqüente do nível da pressão.

5 - As pessoas que emagrecem ainda precisarão tomar remédio para controlar a sua pressão?

Algumas pessoas ainda necessitarão do uso de medicamentos. Em geral, são pessoas que não conseguem perder quantidade suficiente de peso ou que ainda ingerem quantidades elevadas de sal, ou ainda são hipertensos que apresentam outro ou outros mecanismos responsáveis pela hipertensão e que não se beneficiam da perda de peso.

Porém, deve ser mencionado que quanto menor o peso, menor é a quantidade de medicamento necessária para o tratamento da hipertensão e dessa maneira, menor o custo e a chance de efeitos colaterais produzidos pelos remédios.

6 - Qual a melhor maneira de perder peso?

A perda de peso deve ser um processo gradual. Deve-se ingerir menos calorias e se exercitar mais, porque a perda de peso significa queimar mais calorias do que comê-las. Deve-se estar atento à quantidade de calorias dos alimentos, optando-se para aqueles com baixo teor calórico e fazer os exercícios que mais lhe agradem.

Procure orientação com seu médico ou com um nutricionista. Eles lhe mostrarão diversas opções para você conseguir seu objetivo.

### 7 - Reduzindo a ingestão de sal poderemos prevenir a hipertensão?

A relação entre ingestão de sal e a hipertensão é bem conhecida: quanto mais se come sal, maior o número de indivíduos hipertensos numa comunidade. Nós não sabemos com certeza como o sal eleva a pressão, mas sabemos que para muitos indivíduos ele é um fator decisivo que contribui para a doença.

Há uma boa chance de podermos baixar a pressão arterial reduzindo a ingestão de sal.

Muitos de nós comemos mais sal do que as necessidades orgânicas requerem. Nós ingerimos sal na sua forma natural e, hoje em dia, principalmente o sal incluído em alimentos como os enlatados, conservas, biscoitos, carnes congeladas, queijos, presuntos, amendoim, "chips", pickles, salsichas, bacon, hamburguers, etc.

Alguns medicamentos, como antiácidos, podem acarretar em acréscimo na ingestão de sal.

### 8 - O que é considerado um consumo alto de sal?

Uma ingestão de 2 a 3 gramas diários, que é a quantidade encontrada em 1 a 1 e ½ colher de chá de sal é a cota considerada suficiente para as necessidades orgânicas.

Muitos dos indivíduos no Brasil ingerem quantidades de 3 a 5 vezes maiores do que as consideradas como suficientes.

9 - Quais as medidas a serem adotadas para se reduzir a ingestão de sal?

- Em primeiro lugar devemos nos habituar a adicionar menos sal durante a preparação da comida;

- Retirar o saleiro da mesa;

- Devemos evitar os alimentos que normalmente apresentam uma quantidade elevada de sal, como salgadinhos, amendoim, e outros;

- Temperar os alimentos com ervas e especiarias, tais como: sálvia, cominho, alho, cebola, pimentão, que não prejudicam a saúde e acentuam naturalmente o sabor dos alimentos.

10 - Há outras orientações específicas para os indivíduos com hipertensão?

Há uma série de estudos que recomendaram um aumento na ingestão de fibras na alimentação ou de óleos de peixe. No entanto, estas dietas parecem ter um efeito primordial, porém discreto, sobre os níveis de colesterol sem demonstrarem um efeito marcante sobre a pressão arterial.

11 - Os exercícios podem reduzir a pressão arterial?

Os benefícios dos exercícios (por. ex. correr, nadar, andar, pedalar, etc.) sobre a pressão arterial são muito favoráveis. Eles dão mais energia, aliviam a tensão, ajudam a relaxar e a dormir, aumentam sua resistência à fadiga e melhoram sua própria imagem.

A ausência de exercícios não tem sido claramente estabelecida como um fator de risco para um ataque cardíaco,

além do que o ato de se exercitar isoladamente, não impede nem cura as doenças cardíacas. Porém, não há dúvidas de que um programa de exercícios regulares sempre orientados por seu médico será uma atitude altamente positiva para uma qualidade de vida melhor.

#### 12 - É importante abolir totalmente o álcool?

É reconhecido que o álcool, quando ingerido frequentemente e em quantidades elevadas, está associado com a elevação da pressão arterial.

Recomenda-se não ingerir bebidas alcoólicas sem a orientação de um profissional da saúde.

#### 13 - E com relação ao fumo. Fumar menos ajuda?

~~Não.~~ O fumo contribui para a elevação da pressão arterial. Está bem estabelecida a associação entre o hábito de fumar e a incidência de infarto do miocárdio e também de doenças das artérias.

O fumo pode também, atenuar os efeitos benéficos de alguns medicamentos empregados para o tratamento da hipertensão. Portanto, deixar de fumar é essencial para os pacientes hipertensos.

### PRESSÃO ALTA

#### A inimiga silenciosa

Em 90% dos casos, as pessoas que sofrem de Hipertensão levam muitos anos para descobrir o distúrbio, porque não apresentam os sintomas.

## **ANEXO 4**

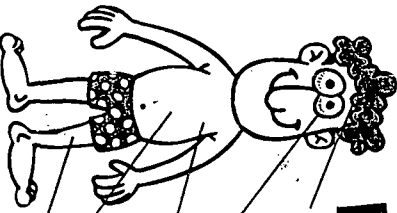


# PRESSÃO ALTA

## Afaste esse perigo com informações

A pressão alta não tem sintomas aparentes e não tem cura, mas existe uma série de medidas que podem ser tomadas para melhorar a qualidade de vida do paciente e que em muitos casos podem até salvar vidas. Leia atentamente este folheto. São informações muito valiosas.

### PERIGOS DA PRESSÃO ALTA



**CÉREBRO:** Maior risco de derrame.

**OLHOS:** Alterações vasculares que comprometem a visão.

**CORAÇÃO:** Insuficiência cardíaca, arritmias, infarto, hipertrofia miocárdica.

**RIM:** Insuficiência renal.

**ARTÉRIAS:** Acelera o processo de arteriosclerose.

### Quais as consequências da PRESSÃO ALTA não tratada?

Quando a pressão alta não é tratada adequadamente, o paciente pode enfrentar sérios problemas. Alguns órgãos são atingidos diretamente, expondo o paciente, inclusive, a situações de risco de vida.

### Tira-dúvidas

**Perder peso cura o pressão alta?**  
Não. Pressão alta não pode ser curada, apenas controlada. Uma vez atingido o peso ideal este deve ser mantido, assim como todos as outras medidas recomendadas pelo médico devem ser seguidas.

**Tomando o medicação, minha pressão voltará ao normal? E depois disso, posso parar de tomar?**  
Com o medicamento adequada sua pressão estará controlada, mas você continuará a sofrer de hipertensão. Ao deixar de tomar o remédio, o pressão voltará a subir.

**Qual a melhor maneira de perder peso?**  
Mudando os hábitos alimentares, consumindo mais verduras, frutas e legumes, além de reduzir o consumo de massas e alimentos doces. Seu médico saberá indicar uma dieta apropriada para seu caso.

**Como diminuir o consumo de sal?**  
Evite o consumo de produtos que contenham muito sal, retire o salgado do prato no hora das refeições e use menos sal no preparo da comida, substituindo-o por outros condimentos. A quantidade diária de sal suficiente para um pessoa é de 1 a 1 1/2 colher de chá.

**Reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas ajuda?**  
Sim, o consumo exagerado de álcool é prejudicial à saúde e agrava em muito a pressão alta. Recomendando-se não beber mais que 30 ml/dia de uísque, ou uísque, 60 ml de uísque (2 doses), 240 ml de vinho (2 copos) ou 720 ml de cerveja (1 garrafa). Lembre-se, o álcool é uma substância que pode causar dependência, e isso traz maior sensibilidade é recomendável a abstinência.

**É melhor parar de fumar?**  
Sim, fumar menos não ajuda. O hábito de fumar aumenta as chances de você sofrer um infarto do miocárdio ou um "derrame". O cigarro diminui o efeito de alguns medicamentos usados para baixar a pressão, portanto deixar de fumar é acima de tudo um dos melhores bens que você pode fazer pelo sua saúde.



# O que é PRESSÃO ALTA



O que é PRESSÃO ALTA?

Pressão arterial alta, ou hipertensão, ocorre quando a pressão na parede dos artérios fica acima dos limites normais: 13 (máx.) x 8,5 (mín.), representando um grande risco para a saúde das pessoas. No início, sem sintomas aparentes, a maioria dos pacientes nem sabe que sofre de pressão alta, deixando de tomar alguns cuidados básicos que poderiam evitar problemas muito mais sérios no futuro.

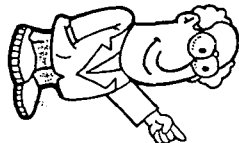


O que causa PRESSÃO ALTA?

Não se sabe ao certo o que causa a pressão alta, mas é certo que alguns hábitos e atitudes podem contribuir muito para o aumento da pressão. O consumo exagerado de sal, o stress e o nervosismo, o consumo de bebidas alcoólicas em excesso, o hábito de fumar, a obesidade e o excesso de história familiar (pais, irmãos, lhos ou avós que tenham sofrido do mesmo mal) contribuem para aumentar os riscos do pressão alta.

Como identificar a PRESSÃO ALTA?

A pressão alta nem sempre apresenta sintomas claros e definidos. A pessoa pode não sentir nada, de anormal, daí a importância da medição frequente da pressão. Em outros casos, é possível identificar alguns sinais:



- 1 Dor de cabeça frequente na nuca, principalmente durante a madrugada ou pela manhã;
- 2 Zumbido no ouvido;
- 3 Polipiações;
- 4 Desânimo;
- 5 Tonturas;
- 6 Sensação de peso ou pressão na cabeça.

Como diagnosticar a PRESSÃO ALTA?

O diagnóstico normalmente é feito durante uma consulta médica de rotina, ou quando a pessoa queixa-se de um dos sintomas citados acima. A medição frequente da pressão arterial é muito importante, tanto para identificar o doença, quanto para evitar danos mais sérios ao paciente.

Como tratar a PRESSÃO ALTA?

O tratamento da pressão alta pode ser feito com o uso de medicamentos ou não. Somente um médico poderá recomendar o medicamento adequado e este deverá ser tomado conforme as instruções, no horário certo e sem interrupções. No caso de tratamentos sem medicação, alguns recomendações devem ser seguidas fielmente como: reduzir o peso corporal, diminuir o uso de sal, deixar de fumar e praticar exercícios físicos regulares.

Dicas para controlar a PRESSÃO ALTA

- 1 Siga rigorosamente as orientações, recomendações e dieta que foram passadas à você. O hábito de tomar os medicamentos também é muito importante e deve ser obedecido.



- 2 Procure fazer 5 refeições diárias, sem exageros e no mesmo horário todos os dias: café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar e ceia.
- 3 Faça suas refeições em lugar tranquilo, comendo devagar e mastigando bem. Evite comer após fortes emoções ou quando estiver cansado. Não beba DURANTE as refeições.
- 4 Prefira alimentos naturais, evitando os industrializados.
- 5 Procure comer o mínimo de alimentos gordurosos e prefira o uso de óleos vegetais no preparo de sua alimentação, como óleo de milho, semente de girassol, soja, algodão, etc. EVITE toucinho e bacon.
- 6 Prefira carnes magras e ao preparar frango e peixe, retire a pele.
- 7 Dê preferência aos vegetais crus.
- 8 Como mais alimentos ricos em POTÁSSIO (banana, melão, morango, abacaxi, couve, ervilha, vagem, almeirão, batata, feijão, cenoura) e os folhosos em geral.
- 9 Aumente a ingestão de alimentos ricos em CÁLCIO (leite desnatado e desengordurado, casca em pó de ovo de galinha, torrado de peixe, queijo minas frescal, cereais em flocos, couve, folha de brócolis, etc).
- 10 Diminua, ou até elimine de sua dieta, o consumo de bolos, tortas, chocolates, bombons, refrigerantes, pudins e sorvets.
- 11 Procure ingerir mais fibras dietéticas (vegetais folhosos, verduras, legumes e cereais integrais).

12 Reduza ao máximo o consumo de sal.

Cuidado com esses alimentos: Enlatados e embutidos à base de carne: salmão, sardinha, sardas, presunto, mortadela, salame, representada, linguíças, siso, etc. Carne solgada: churrasco, carne de sol, bacalhau, bacião. Produtos industrializados: macaronise, celup, molhos de molho de pizza, etc. Queijos curados em geral: normese, minas. Prefira a: leite, iogurte, leite condensado e leite em pó. Temperos prontos: óleo e sal, caldo de carne, galinha ou frango em cubinhos. Adoçantes à base de ciclamato de sódio.

13 Prefira momeira ou momeira sem sal.

14 Use temperos naturais, como salinho, cebolinha, coentro, ervas finas, etc. Evite consumir alimentos muito salgados, como o sal, o óleo e o molho, pois são estimulantes do apetite.

15 Procure evitar café, chá e produtos que contenham cafeína. Use chá de ervas do campo.

16 Não se auto-medique com bicarbonato de sódio, sal, etc. etc. etc. é um fator de extrema importância.

17 Elimine o álcool e o fumo de seus hábitos diários. Além de ser um fator de risco para a pressão, sua vida será muito mais saudável.

18 Se você estiver acima de seu peso, faça uma dieta com auxílio médico. Aliviando o peso ideal, procure manter-se saudável.

19 Analise seus hábitos de vida. Controle seu peso, evite o consumo de álcool, tenha parcerias sexuais seguras, evite exercícios físicos moderados. Não se esqueça de fazer o acompanhamento da sua organismo e controle de pressão.

20 Seja persistente. Vale lembrar que pressão alta é uma doença silenciosa. Segundo estas recomendações, a vida de um paciente ou amigo, poderá ser muito melhor. Boa sorte!

No Brasil mais de 15 milhões de pessoas sofrem de pressão alta. A maioria nem sabe. Faça a medição frequente da sua pressão arterial.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

A presente monografia de TCC intitulada: "Assistência humanizada ao idoso hospitalizado e a sua família: do hospital ao domicílio" desenvolvida pelas alunas: Maíra B. Kamke; Melissa O. Honório e Scheila B. Marques, da 8ª fase da Enfermagem da UFSC, no período de 2001/2, representa um trabalho acadêmico de elaboração primorosa.

As alunas foram habilitadas para fazer uma articulação consistente entre as teorias de Massidades Humanas Básicas de Horta e a Humanística de Paterson e Zderad. Este referencial assim organizado serviu de guia ao desenvolvimento da assistência de enfermagem junto a seis idosos hospitalizados e seus respectivos familiares cuidadores. Esta assistência teve continuidade, após a alta hospitalar, ao visitá-los, o idoso e a família, e sua residência e dar contínuas orientações, sugestões, demonstrações de cuidados no lar com vistas a recuperação da saúde e adoção de práticas de cuidados, de acordo com as condições e circunstâncias para o viver diário, levando em conta o processo de envelhecimento.

Tal modalidade de assistência adotada de hospital para o domicílio não é uma prática costumeira em nossos serviços de saúde e que as alunas conseguiram inovar obtendo resultados, do ponto de vista das famílias, muito útil e esperada considerando sentirem-se seguros e apoiados em seus esforços de recuperação. É pois, um modelo que deve ser experimentado/testado em outros contextos para que a enfermagem possa em futuro próximo adotar práticas cada vez mais eficientes.

Em 04/03/2002.

Profa. Orientadora: Lucia H. Takase G.